POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

W. FILIŃSKI i A. FIDLER. Warszawa.

O wpływie wyciągów przysadki mózgowej na wydzielanie moczu u ludzi.

Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. A. Gluziński.

Dziś jeszcze istnieją wątpliwości co do tego jaki wpływ wywiera przysadka mózgowa na wydzielanie moczu. Z jednej strony dawniejsze badania doświadczalne dowodzą moczopędnego działania wyciągów przysadki (Nowicki, Magnus, Schaeffer, Hering) z drugiej strony kliniczne spostrzeżenia świadczą o ich hamującym wpływie na wydzielanie moczu (Van den Velden). Wydawaćby się mogło, że uzgodnieniem tych zdań będą spostrzeżenia tych autorów według których pituitryna początkowo wzmaga wydzielanie moczu, a dopiero później hamuje, i że nieraz wpływ hamujący występuje dopiero po kilkakrotnem jej wstrzyknięciu. Możnaby też stąd wnosić, że wyniki badań bywają różne, w zależności od długości okresu obserwacyjnego.

Gruntowne badania przeprowadzili w tym kierunku Modrakowski [1]) i jego uczniowie Leyko i Sikorski [2]). Z zebranych wyników dowiadujemy się, że pod wpływem pituitryny następuje u ludzi „zatkanie sączka nerkowego" na przeciąg 2—3 godzin. To samo wykazują też doświadczenia na psach. Jakżeż dziwnem wydaje się wobec tego, że w załącznikach do pituitryny „Parke, Davis" znajdujemy jednak wzmiankę o jej pobocznem działaniu moczopędnem, a Biedl dziwi się, dlaczego nie podają wyciągów z przysadki, jako środka moczopędnego w schorzeniach nerek i serca.

Inny sposób ujęcia omawianej sprawy stanowić będzie rozbiór tych stanów chorobowych, w których spotykamy zaburzenia w wydzielaniu moczu i gdzie obok tego mamy powód podejrzewać schorzenie przysadki mózgowej. Dotyczy to przedewszystkiem moczówki prostej, w przebiegu której występują niekiedy objawy przysadkowe. Badania anatomopatologiczne wykazały nieraz w tem cierpieniu zmiany chorobowe w przysadce (kilaki, nowotwory i t. d.), lecz tłumaczenie i tu nie bywa zgodne. Większość uważa, że w przypadkach tych mamy do czynienia z wypadnięciem względnie z osłabieniem czynności przysadki, ale są tacy, którzy gotowi są widzieć w toczących się sprawach chorobowych powód do podrażnienia i nadczynności pewnych części omawianego organu. (Simmonds). Wstrzykiwania pituitryny w przypadkach *diabetes insipidus* zmniejszają wybitnie wydzielanie moczu (Modrakowski, Umber), co świadczyłoby o braku w tej chorobie hormonu przysadkowego.

Drugie schorzenie z nadmiernem moczeniem to — śródmiąższowe samorodne zapalenie nerek. Prof. Gluziński stale wyrażał przypuszczenie, że przyczyny poliurji należy dopatrywać się w niedomodze przysadki wskutek zmian wstecznych, związanych z arteriosklerozą tego gruczołu. Sprawę tę opracował w niedawnym czasie Skubiszewski [3]). Autor ten sądzi o czynności narządu głównie na podstawie barwliwości komórek; stwierdza więc w przysadce nadmierną ilość komórek zasadochłonnych i zmiany, mające świadczyć o nadmiernej ich czynności. W rezultacie swoich badań Sku-

[1]) Gaz. lek. 1919, Nr. 7—8.
[2]) Pol. Czasop. lek. 1921, Nr. 1—2.
[3]) Mikrofizjologja przysadki mózgowej, Poznań 1923.

TABLICA I.
A. S. 37 l. Arthritis chronica.

8 g.	20. III. 1500 cm³ lekkiej herbaty						21. III. 1500 cm³ lekkiej herbaty 1 cm³ pituitriny Spiess						22. III. 1500 cm³ lekkiej herbaty 1 cm³ Adrenaliny						23. III. 1500 cm³ lekkiej herbaty 1 cm³ pituitriny Spiess 1 cm³ Adrenaliny					
	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik ilość	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik ilość	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik ilość	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik ilość
8^{30}	24	1021					8	1032					32	1023										
9	168	1005					9	1028					255	1006					24	1023				
9^{30}	460	1001											365	1003										
10	280	1001											315	1004					45	1030				
10^{30}	128	1006	0,215	2,6015 gr.	0,113	1,3673 gr.			1,61	0,2737 gr.	1,04	0,1768 gr.	44	1013	0,1989	2,1859 gr.	0,13	1,4287 gr.			0,833	1,3828 gr.	0,652	0,97328 gr
11	85	1007																						
11^{30}	48	1009																						
12	17	1014											88	1010					85	1025				
	1210						17						1099						154					
1							98	1025																
2							72	1018																
3							120	1008																
4							168	1008																
5							76	1017																
6							46	1022																
7							30	1025																
8							30	1024																
							640																	

biszewski odnosi wzmożone wydzielanie moczu w śródmiąższowem zapaleniu nerek do nadczynności przysadki.

Wobec tych ciągłych sprzeczności postanowiliśmy w klinice zbadać wpływ wyciągów z tylnego płatu przysadki na wydzielanie moczu u ludzi zdrowych i chorych.

Doświadczenia przeprowadzaliśmy w ten sposób, że naczczo podawaliśmy choremu do wypicia 1500 cm³ lekkiej herbaty, a następnie przez cztery godziny zbieraliśmy mocz w odstępach półgodzinnych. Po ustaleniu zdolności wydzielniczej nerek dla wody, podawaliśmy drugiego dnia tę samą ilość płynu wstrzykując na początku picia zazwyczaj 1 cm.³ wyciągu z tylnego płatu przysadki. Używaliśmy preparatów firm Parke-Davis i Spiessa. Nadmienić

TABLICA II.

C. O. 39 l. Induratio apicis pulmonis sinistri.

11. III. 12. III.

8 g.	1500 cm³ lekkiej herbaty						1500 cm³ lekkiej herbaty 1 cm³ pituitriny Parke Davis					
	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik ilość	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik ilość
8³⁰	42	1015					15	1020				
9	92	1009					8					
9³⁰	320	1004					43	1021				
10	540	1003					35	1022				
10³⁰	300	1004	0,2691	3,7367	0,234	3,3251	40	1020	1,17	2,694	0,828	1,9044
11	56	1005					39	1020				
11³⁰	33	1015					24	1022				
12	38	1019					26	1015				
	1421						230					
1							23	1019				
2							100	1014				
3							360	1006				
4							88	1005				
5							56	1015				
6							43	1018				
7							47	1023				
8							25	1023				
							742					

musimy, że wyciągi Spiessa są równie dobre. Oprócz ilości oraz ciężaru właściwego każdej porcji określaliśmy ilości chlorków i mocznika, wydzielone przez cały okres badania.

Z pośród wielu doświadczeń ze zgodnemi wynikami przypatrzymy się tutaj dwóm, przedstawionym jako przykłady w tablicy I i II.

Jak widać z tego wyciągi z przysadki wpływają silnie hamująco na wydzielanie moczu, a w pierwszym przypadku możnaby nawet użyć wyrażenia Modrakowskiego, że sączek nerkowy został zamknięty na kilka godzin zupełnie. Po 4—5 godzinach działanie pituitryny mija i wtedy nerka zaczyna wydzielać mocz o niskim ciężarze właściwym, pozbywając się w ten sposób nadmiaru wprowadzonej i zatrzymanej wody. Można zatem powiedzieć, że jednorazowe wstrzyknięcie pituitryny nie wpływa na dobową ilość moczu.

W tych schorzeniach w których wydzielanie moczu jest osłabione, pituitryna hamuje je również, co widzimy z tablicy III, przedstawiającej przypadek gruźlicy nerek.

W tablicy IV zobaczymy, jaki wpływ wywierają wyciągi przysadki na stężenie krwi. Wyniki nie są tu uderzające, czemu zresztą nie można się dziwić bo niema chwili, kiedy ogólna objętość krwi zwiększyłaby się o całe półtora litra wody; wszak gdy jedna część wchłania się z przewodu pokarmowego to inne części wydzielają się z moczem lub też przechodzą do tkanek. Nie będziemy wobec tego szukać na tej drodze rozwiązania zajmującej nas sprawy.

Przeglądając zebrane wyniki widzimy, że po wstrzyknięciu pituitryny zmniejsza się nie tylko ilość wody ale również i ogólna ilość wydzielanych chlorków oraz mocznika. Co prawda odsetkowa zawartość ich jest wtedy znacznie zwiększona więc nasuwa się pytanie, czy pituitryna nie posiada zdolności zagęszczania moczu. Modrakowski odmawia tej własności wyciągom przysadkowym. Musimy jednak zaznaczyć, że z doświadczeń po podaniu wody nic o tem powiedzieć nie można. Toteż nasz sposób ujęcia tej sprawy polega na tem, że od rana pozostawiamy badanego człowieka przez sześć godzin bez jedzenia i picia, a mocz zbieramy co godzinę. Jeden dzień służy do kontroli, w drugim wstrzykujemy pituitrynę.

Z tablicy V wynika, że wyciągi przysadkowe nie powodują zagęszczania moczu, że odsetkowa zawartość ani chlorków ani mocznika w moczu nie wzrosła. W doświadczeniu tem ilość wydzielonego moczu po pituitrynie jest nawet większa niż bez niej. Z innych doświadczeń koncentracyjnych przekonaliśmy się, że pituitryna nie wywiera prawie żadnego wpływu na czynność nerek, jeżeli niema w ustroju zapasów wody. Jednem słowem wyciągi przysadkowe hamują wydzielanie moczu tylko w stanach fizyczno-chemicznych osocza i tkanek, połączonych z nawodnieniem ustroju, kiedy to może nawet nastąpić na pewien czas „zatkanie sączka nerkowego".

W związku z omawianemi okolicznościami musimy tu nadmienić, że Labbé, Violle i Azerad [4]) którzy stwierdzili oligurję po wstrzyknięciu człowiekowi pituitryny i podaniu mu 800 cm.³ wody, twierdzą, że sen usuwa całkowicie hamujący wpływ wyciągów

[4]) Presse méd. 1926, Nr. 34.

TABLICA III.

K. O. 19 l. Tuberculosis renuum.

6. III. 9. III. 15. III.

8 g.	1500 cm³ lekkiej herbaty						1500 cm³ lekkiej herbaty 1 cm³ pituitryny Parke Davis						1500 cm³ lekkiej herbaty 1 cm³ Adrenaliny					
	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik ilość	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik ilość	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik ilość
8³⁰																		
9	86	1015					54	1017										
9³⁰	110	1010																
10													34	1020				
10³⁰			0,55	2,035	0,626	2,3162			0,6084	1,5372	0,626	1,5775			0,3393	1,062	0,55	1,4015
11													88	1016				
11³⁰	120	1007					96	1014					120	1010				
12	54	1011					112	1011					71	1010				
	370						252						313					

TABLICA IV.

J. G. 28 l. Induratio apicis pulmonis utriusque.

8 g.	25. III. 1500 cm³ lekkiej herbaty					26. III. 1500 cm³ lekkiej herbaty, 1 cm³ pituitriny Spiess					24. III. 1500 cm³ herbaty, 1 cm³ pituitr. Spiess, 1 cm³ Insuliny	
	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Hemoglobiny %	Ilość ciałek czerwonych	Wskaźnik refraktometryczny	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Hemoglobiny %	Ilość ciałek czerwonych	Wskaźnik refraktometryczny	Ilość moczu	Ciężar właściwy
8^{30}			75	3,960.000	1,34750			72	3,800.000	1,34929	17	1024
9	66	1017	77	4,240.000	1,34851	27	1023	78	4,000.000	1,34650		
9^{30}											78	1027
10	370	1004	77	4,160.000	1,34962	20	1027	81	4,100,000	1,35004		
10^{30}											37	1023
11	360	1002	87	4,800.000	1,34984	26	1024	85	3,800.000	1,34884		
11^{30}	330	1003									230	1004
12	74	1016	86	4,600.000	1,34936	19	1024	86	4,000.000	1,34884	132	1003
	1200					92					494	

przysadki na wydzielanie moczu. Zaznaczyć jednak należy, że w doświadczeniach swoich przed snem nie podawali wody, a więc brakowało czynnika, usposabiającego według nas do działania pituitryny; modyfikacje wpływu wyciągów tylnego płatu przysadki zależą jak się nam wydaje, od ilości wprowadzonej do ustroju wody.

TABLICA V.

I. G. 28 l. Induratio apicis pulmonis utriusque.

8 g.	22. III. Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik ilość	23. III. 1 cm³ pituitriny Spiess: Ilość moczu	Ciężar właściwy	Chlorki %	Chlorki ilość	Mocznik %	Mocznik il. ść
9	38	1024					114	1018				
10	30	1026					50	1024				
11	30	1026					23	1025				
12	8	1027	1,417	2,1538	0,81	1,231	66	1025	1,2	3,06	0,68	1,734
1	26	1027					52	1023				
2	20	1027					50	1024				
	152						255					

Z wyników omawianych doświadczeń, mogą się też nasunąć pewne myśli o mechaniźmie działania wyciągów przysadkowych. Modrakowski przypisuje hamujący wpływ pituitryny na wydzielanie moczu skurczowi naczyń nerkowych. Wydaje się jednak że gdyby pituitryna działała w ten sposób to wówczas zmniejszenie wydzielania moczu następowałoby i po wprowadzeniu wody i bez tego. Że zaś jest inaczej, to przypuszczamy, że wyciągi przysadkowe tylko w pewnych warunkach fizyczno-chemicznych zaczynają przejawiać swój wpływ i że wpływ ten skupia się bezpośrednio na nabłonku nerkowym.

Wyników z tablicy V nie należy sobie tłumaczyć, jako wpływu moczopędnego działania pituitryny, bo powtarzana kilkakrotnie próba koncentracyjna bez wstrzykiwania jakichkolwiek wyciągów może również dawać takie odchylenia w ilości wydzielanego moczu. Pochodzi to z powodu trudności ustawienia człowieka w bezwzględnej równowadze wodnej, bo poza wprowadzaną wodą może ona jeszcze powstawać w ustroju samym dzięki sprawom utleniającym (Silva Mello [5]).

W dalszym ciągu zajmiemy się stosunkiem pituitryny do wyciągów z innych narządów o wewnętrznem wydzielaniu, a więc do adrenaliny i insuliny.

[5]) Arch. f. Verdaunng. 1926, Bd. 36.

Z licznych naszych doświadczeń wynika, że adrenalina nie wywiera sama większego wpływu ani na wydzielanie wody ani na zagęszczanie moczu. Z tablicy I widzimy jeszcze, że wstrzyknięcie adrenaliny nie usuwa hamującego wpływu pituitryny na wydzielanie moczu.

Wobec tego że w ostatnim czasie mówi się jeszcze dużo o antagoniźmie pituitryny i insuliny, postanowiliśmy sprawdzić to w stosunku do wydzielania moczu. Tutaj, jak to ilustruje tablica IV, widzimy, że insulina osłabia rzeczywiście do pewnego stopnia działanie pituitryny.

Wiadomości, uzyskane przez nas, będą mieć wartość praktyczną w leczeniu wyciągami z przysadki. Wyłaniają się więc szczególne przeciwwskazania do użycia pituitryny w chorobach nerek i przy zastojach wskutek niedomogi mięśnia sercowego.

Z punktu widzenia ogólno-patologicznego, w sprawie nadmiernego moczenia w przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu nerek, badania nasze przemawiają na korzyść poglądu Gluzińskiego, który sądzi że poliurja jest tu wynikiem arterjosklerotycznych wstecznych zmian w przysadce mózgowej.

Dr. I. ABRAMOWICZ. St. Asystent Kliniki. Wilno.

Kiła oka a salwarsan.

Z kliniki ocznej Uniwersytetu Stefana Batorego.
Dyrektor: Prof. Dr. Szymański.

Aczkolwiek od chwili wprowadzenia salwarsanu do terapji przymiotu upłynęło dość dużo czasu, a liczba prac, dotyczących jego zastosowania w przypadkach przymiotu oka, już dosięgła pokaźnej cyfry, to jednak brak jest dotąd jednolitego poglądu i ustalonych wytycznych, na podstawie których moglibyśmy z punktu widzenia okulistycznego decydować czy u danego chorego zachodzi przeciwwskazanie dla zastosowania salwarsanu, czy też go niema.

A jednak doniosłość i żywotność tej sprawy wymaga ustalenia pewnych linij wytycznych, po pierwsze, aby udzielić odpowiedzi na powyższe pytanie, często stawiane okulistom przez syfilidologów, a powtóre dla skierowania leczenia swoistego na właściwą drogę

Dla rozwiązania tych kwestyj postaramy się w miarę możności zdać sobie sprawę na podstawie zdobyczy z ostatnich lat z następujących zagadnień:

1) czy są i ewentualnie na czem polegają objawy zatrucia salwarsanem ze strony oczu,

2) jak się przedstawia sprawa t. zw. neuro-recydywy,

3) czy kuracja salwarsanowa pociąga za sobą częstsze wystąpienie „metaluetycznych" schorzeń wogóle, a w szczególności zmian zwyrodnieniowych ze strony nerwu wzrokowego,

4) jaka jest wartość lecznicza salwarsanu w poszczególnych postaciach przymiotu oka.

Mówiąc w dalszem o salwarsanie będziemy mieć na względzie neosalwarsan, który aczkolwiek stoi niżej pod względem swego

specyficznego działania, jednak z powodu swej łatwej rozpuszczalności w wodzie i neutralnego oddziaływania jest prawie wyłącznie w użyciu.

I.

Trujące działanie przetworów arszenikowych, jak arsacetyna i atoksyl, które często wywoływały uszkodzenia w obrębie nerwu wzrokowego, wprowadziło również pewne uprzedzenie do salwarsanu. Toteż komplikacje ze strony narządu wzrokowego, które spostrzegano wkrótce po wprowadzeniu salwarsanu, traktowano na początku jako rodzaj zatrucia arsenem. Liczne późniejsze spostrzeżenia nie stwierdziły natomiast szkodliwego wpływu salwarsanu na oko tak u niezakażonych kiłą, jak również przy stanach chorobowych na tle przymiotu. Większe zestawienia statystyczne Bussy, Darrieux, Langa i Rochon-Duvignead, dotyczące stosowania salwarsanu rp. neosalwarsanu w rozmaitych postaciach kiły oka nie wykazały własności toksycznych salwarsanu na narząd wzroku, a w szczególności na nerw wzrokowy.

Spruth na dużym materjale klinicznym, obejmującym 341 dożylnych wlewań salwarsanu, 175 — neosalwarsanu i 143 przypadki leczenia skombinowanego Hg+salw., w 191 przypadkach przymiotu oka nie stwierdził jakiejkolwiekbądź swoistej toksyczności salwarsanu na narząd wzrokowy; 1 raz tylko wystąpiło ciężkie zaburzenie ze strony ośrodkowego układu nerwowego, a 2 razy takież powikłanie o przebiegu lekkim.

Würdemann podaje, że w przeciwieństwie do doniesień innych autorów o szkodliwym wpływie salwarsanu na oko nie widział na swoim dość bogatym materjale (450 przypadków) uszkodzeń oka wskutek użycia salwarsanu, zastosowanego w dawkach terapeutycznych i przy zachowaniu prawidłowej techniki zastrzyknięć. Podobnie wyraża się o salwarsanie Palomar de la Torre, który twierdzi, że przeciwwskazania ze strony oczu do zastosowania salwarsanu nie są w dostatecznej mierze ugruntowane. Z dużego zestawienia statystycznego Meirowski'ego widzimy, że na 225, 780 wstrzyknięć salwarsanu było 20 przypadków śmierci, przyczem w 5 przypadkach związek z salwarsanem był wątpliwy, w 15 przypadkach (0,007%) wystąpiły lżejsze powikłania ze strony ośrodkowego układu nerwowego o charakterze kiłowym. A więc objawów zatrucia ze strony narządu wzroku nie stwierdzono. Na uwagę zasługują również spostrzeżenia Warszawskiego, poczynione na 681 przypadkach kiły leczonych salwarsanem, gdzie nie skonstatowano żadnych ubocznych złych skutków na tkankę oka. Celem wyświetlenia sprawy toksyczności salwarsanu poczyniono jednocześnie z spostrzeżeniami klinicznemi liczne badania doświadczalne na królikach wskazujące (Igersheimer, Johnson, Würdemann), że zastrzyknięcie nawet większych dawek salwarsanu nie spowodowało u nich zmian w siatkówce i nerwie wzrokowym. Oko psa po wstrzyknięciu śmiertelnej dawki nie wykazało obrażeń (Igersheimer). Natomiast u kotów, posiadających pewnego rodzaju intolerancję względem salwarsanu, czasami można było stwierdzić (Igersheimer) zmiany degeneracyjne w siatkówce i nerwie wzrokowym. Na uwagę zasługuje fakt stwierdzenia (Igersheimer, Ullmann), arsenu w tylnym odcinku gałki lub nerwie wzrokowym u zwierząt, którym wstrzykiwano salwarsan, jak widzieliśmy, bez uszkodzeń tych tkanek, co według wymienionych badaczy, wskazywałoby na ich luźny związek z arsenem.

Omawiając sprawę wystąpienia powikłań w leczeniu kiły oka salwarsanem Hantke wypowiada przypuszczenie, że gdyby salwarsan rzeczywiście wywoływał uszkodzenia ze strony narządu wzroku, to wtedy obserwowalibyśmy podobne zjawiska przy durze powrotnym, gdzie, jak wiadomo, znajduje salwarsan dość szerokie zastosowanie. Ostatnio otrzymał Karelus na blisko 100 przypadków gośćcowego zapalenia tęczówki bardzo dobre wyniki dożylnemi wstrzyknięciami salwarsanu bez jakichkolwiekbądź uszkodzeń ze strony tkanek oka. Czas obserwacji w tych przypadkach był długi, w niektórych dochodził do 4 lat. To samo mniej więcej wykazuje pokaźna statystyka leczenia współczulnego zapalenia oka salwarsanem, gdzie, jeśli nie stwierdzono dobrych wyników, to w każdym razie nie było i złych skutków.

Nie ulega wątpliwości, że tu i ówdzie, w nielicznych przypadkach u osobników, posiadających zbytnią wrażliwość i pewnego rodzaju niewytrzymalość względem salwarsanu, mogą wystąpić po injekcji salwarsanu, szczególnie w wysokich dawkach, obok innych powikłań, również zmiany ze strony narządu wzroku, lecz odsetek tych przypadków, uwzględniając bezwzględne przeciwwskazania do zastosowania salwarsanu, jak naprz. schorzenia nerek i wątroby oraz naczyń krwionośnych, niedomogę nadnerczy i utajone stany infekcyjne, jest bardzo nikłym.

Wymienić musimy głosy wypowiadające się za toksycznością salwarsanu na oko (Avalos, Blanco, Dimitry, Dupuy-Dutemps, Gregorio, Hirszberg, Kogoshima, Ostroumow), lecz są one oparte na pojedyńczych przypadkach, zresztą niedostatecznie wyświetlonych (przypadek Horwatha).

Prawie we wszystkich tych przypadkach wystąpiły po jednorazowem wstrzyknięciu salwarsanu powikłania ze strony siatkówki lub nerwu wzrokowego. Następnych wstrzyknięć salwarsanu nie wykonywano. Mieliśmy więc właściwie do czynienia nie z intoksykacją salwarsanową, lecz według naszych dzisiejszych pojęć, z czasowem nasileniem przymiotu, lub z objawami luetycznemi, których wystąpieniu nie można było zapobiec jednorazowem wlewaniem salwarsanu. Do rzędu powiedzieliśmy odczynu Herxheimera należy następujące nasze spostrzeżenie, które zrazu wydawać się mogło jako przykład ubocznego szkodliwego działania salwarsanu na oko.

Chora S., lat 50, Nr. karty choroby 3209, zgłosiła się do Kliniki 20. IV. br. Rozpoznanie: obustronne zapalenie jagodówki *(Iridochorioiditis)*, cechujące się osadami na tylnej powierzchni rogówki, tylnemi zrostami tęczówkowemi oraz zmętnieniem ciałka szklistego. Na dnie prawego oka pomiędzy tarczą wzrokową, a żółtą plamką istnieje białożółtawe ognisko. Niezborność krótkowzroczna złożona. Ostrość wzroku po wyrównaniu odpowiedniemi szkłami wynosi 0,5 obustronnie. W wywiadach 3 poronienia. Chora podaje, że żadnych wysypek na ciele nigdy nie było, i kategorycznie zaprzecza zakażenie się przymiotem. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. Przystąpiono do kuracji skombinowanej Hg+Neosalwarsan. Na 3-ci dzień dn. 28. IV. po pierwszem zastrzyknięciu 0,3 Neosalwarsanu wystąpiło zaczerwienienie prawej gałki przeważnie w odcinku dolno-zewnętrznym, gdzie pomiędzy brzegiem rogówki, a dolnym załamkiem powstało w twardówce ognisko zapalne w postaci wzniesionego guzka. Tęczówka prawego oka przekrwiona; ciałko szkliste bardziej zamglone, ostrość wzroku=0.3. Już następnego dnia podrażnienie oka zaczęło stopniowo wygasać, a po następnem zastrzyknięciu Neosalwarsanu w dawce 0,3 zaczerwienienie gałki znikło, guzek się wessał, a ostrość wzroku powróciła do stanu poprzedniego. Po 4-tem wstrzyknięciu neosalwarsanu w ilości 0,45, t. j. dn. 22. V. wystąpiło takież zaognienie się prawego oka, lecz w stopniu znacznie lżejszym. Podrażnienie to już nazajutrz samo przez się znikło, a po następnych wstrzyknięciach więcej nie powracało.

Z powyższego widzimy, że na pierwszy rzut oka wydawać się mogło, że mamy do czynienia z ubocznem szkodliwem działaniem salwarsanu, lecz przebieg i charakter tego powikłania w związku z korzystnem oddziaływaniem następnych wlewań mówi, że było to niczem innem, jak tylko czasowem nasileniem samego przymiotu.

Do rzędu powikłań ocznych, spowodowanych pewną toksycznością salwarsanu zalicza się w ostatnich czasach, zresztą bardzo rzadko spotykaną, krótkowzroczność (Dupuy-Dutemps et Perin), wywołaną skurczem mięśnia rzęskowego, oraz łekkie przemijające objawy oczne, jak przekrwienie spojówki, migotanie, przejściowe napady ślepoty (Groenouw), prawdopodobnie wskutek zaburzeń naczynio-ruchowych, jak również niezwykle rzadko obserwowane owrzodzenia rogówkowe (Jessner).

Joung i Loevenhart, badając doświadczalnie wpływ budowy chemicznej pewnych organicznych preparatów arsenowych na nerw wzrokowy, stwierdzili, że tylko preparaty z grupą aminową w pozycji para powodują zmiany oczne w postaci zapalenia nerwu wzrokowego, siatkówki i naczyniówki. Do tej grupy należą najbardziej trująca arsacetyna, dalej idzie atoksyl, następnie tryparsamida. Wartościowość preparatu gra podrzędną rolę, aczkolwiek znacznie mniej szkodliwemi są związki 3-ch wartościowe.

Salwarsan jest, jak wiadomo, 3-ch wartościowym preparatem z grupą aminową w pozycji meta, co według Jounga i Loevenharta przemawia za jego nieszkodliwością względem tkanek oka, a w szczególności nerwu wzrokowego. Wymienieni badacze uważają, że czem więcej jest preparat toksycznym na nerw wzrokowy u zdrowego osobnika, tem łatwiej on może uszkodzić oko u zakażonych kiłą.

Jak już widzieliśmy, większość autorów jest tego zdania, że salwarsan rp. neosalwarsan sam przez się nie dają objawów zatrucia ze strony oczu. Oprócz wymienionych wyżej prac, wypowiadających się w tym kierunku wymienić musimy spostrzeżenia Blancharda, Brüninga, Fradkine'a, Greena, Majewskiego i Seguini'ego.

Sprawa szkodliwości salwarsanu w przypadkach prostego zaniku nerwu wzrokowego na tle wiądu rdzenia będzie omawianą niżej, zaznaczyć tutaj powinniśmy, że w ostatnich czasach nie brak jest doniesień o dobrym wpływie neosalwarsanu na przebieg powyższego cierpienia, o ile go zastosować w początkowym okresie tego schorzenia. Ten pogląd zyskuje teraz co raz to więcej zwolenników (de Schweinitz).

II.

Ze sprawą toksyczności salwarsanu jest ściśle związana kwestja t. zw. neurorecydywy, również kładzionej początkowo na karb skutków salwarsanu. Do tego rodzaju komplikacyj zaliczamy, jak wiadomo, objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego, występujące u chorych kiłowych przeważnie w drugim okresie choroby w czasie od 4—6 tygodni lub później po odbytem leczeniu. Według zestawienia Benario (1911), obejmującego 177 przypadków neurorecydywy, które wystąpiły podczas leczenia salwarsanowego, odsetek powikłań w poszczególnych nerwach ośrodkowych przedstawia się następująco: nerw słuchowy — 44,5%, nerw wzrokowy — 36,2%, okoruchowy — 7,4%, twarzowy — 7,4%, odwodzący — 3,3%, bloczkowy — 1,1% i nerw trójdzielny — 0,5%. Według materjalu Kliniki Ocznej Uhthoffa (Hantke) na 61752 przyjęć w latach od 1911—1920 było 115 przypadków kiły nerwowej, przyczem w19 przypadkach cierpienie wystąpiło w związku z wstrzyknięciami salwarsanu (Prowozierte. Neurolues). Już Ehrlich objaśniał wystąpienia neurorecydywy w ten sposób, że krętki ukryte w mniej dostępnych częściach ustroju, jak kanałach kostnych, uzyskują, zwłaszcza przy niedostatecznem dawkowaniu, wyższy stopień jadowitości, stajac się po wyjałowieniu reszty ustroju nie tylko źródłem ponownego jego zakażenia lecz również przyczyniając się do uszkodzenia nerwów (jak naprz. *acusticus, opticus)*, przebiegających w powyższych kanałach.

Według Hantke'go masowa obecność krętków w przestworach chłonnych na podstawie czaszki z jednej strony, a nieznaczna przepuszczalność śródbłonka opony mózgowej dla cząsteczki salwarsanu z drugiej, — w dostateczny sposób objaśniają mechanizm powstawania neurorecydywy, zwłaszcza przy niedostatecznem dawkowaniu lub przedwczesnem przerwaniu kuracji.

Ogólnie panuje wśród okulistów pogląd, że neurorecydywe należy traktować jako przejaw schorzenia kiłowego, którego więc przyczyną jest przedewszystkiem krętek; salwarsan możnaby co najwyżej uważać jako czynnik wywoławczy. Niektóre spostrzeżenia świadczą, że w wielu przypadkach ma się do czynienia z objawami kiłowemi, których wystąpienie nie dało się powstrzymać rozpoczętem swoistem leczeniem; dotyczą one w szczególności takich przypadków, gdzie powikłania ze strony ośrodkowego układu nerwowego wystąpiły wkrótce po rozpoczęciu salwarsanowej kuracji.

Uzasadnieniem panującego teraz poglądu na neurorecydywę służą: 1) liczne spostrzeżenia, stwierdzające istnienie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym już we wczesnych okresach przymiotu, 2) fakt, że neurorecydywy ustępują w przeważnej ilości przypadków po podaniu następnych dawek salwarsanu, 3) wystąpienie neurorecydywy w przebiegu rtęciowego leczenia przymiotu.

Co do udziału ośrodkowego układu nerwowego w II okresie przymiotu zasługuje na uwagę doniesienie Schona, który, badając płyn mózgowo-rdzeniowy, u. 844 chorych na drugorzędną kiłę, stwierdził, że każdy 5-ty zupełnie nieleczony chory cierpi na zapalenie opony mózgowej.

Prawie w połowie obserwowanych przez niego przypadków zapalenia nerwu wzrokowego we wczesnym okresie kiły, płyn mózgowo-rdzeniowy był zmieniony.

Omawiając sprawę rozpoznania i leczenia kiłowych zmian w drogach wzrokowych Schönberg, powiada, że w 20—25% drugorzędnej kiły istnieją zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. Nie można więc kłaść neurorecydywy na karb skutków salwarsanu, chociażby zastosowanego w odpowiedniem dawkowaniu, jak to jeszcze teraz niektórzy autorowie (Blanco, Kogoshimo) przypuszczają. Mayr i Thieme są tego zdania, że z dotychczasowych obserwacyj nie wynika z dostateczną przejrzystością aby w powstawaniu t. zw. neurorecydywy przy kombinowanem leczeniu Hg + salw. główną rolę odgrywał salwarsan. Według Mingazzini'ego kwestja *post* lub *propter hoc* jest jeszcze otwartą. Na podstawie tego cośmy dotąd przytoczyli niema dostatecznych danych do przypuszczenia o istnieniu specjalnego toksycznego powinowactwa salwarsanu do układu nerwowego wogóle, a w szczególności siatkówki i nerwu wzrokowego. Dobre wyniki lecznicze, osiągnięte ostatnio przez Stokesa i Shaffora w 405 przypadkach kiły nerwowej zastosowaniem Hg + Salw. mówią same przez się. Harrison nawet uważa, że obawa przed domniemanem neurotropizmem salwarsanu może przyczynić tylko szkodę.

Chociaż przebieg neurorecydywy ocznej według większości autorów, jest łagodny, jednakże istnieją obserwacje stwierdzające, że salwarsan raptownie pobudzając utajone ogniska kiłowe i przyśpieszając bujanie jadu może nieraz spowodować większe uszkodzenia (Hensen). Zresztą tego rodzaju niebezpieczeństwo które zdarza się nader rzadko, daje się uniknąć przez ostrożne i dostateczne leczenie. Według Kyrle'go neurorecydywy występują tylko w wypadkach niedostatecznego leczenia w stosunku do rozwoju jadu w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Ztąd wynika, że niema nic bardziej niebezpiecznego, niż rozpoczęta a niedoprowadzona do końca kuracja salwarsanowa. Znaczna ilość neurorecydyw, spostrzegana z początkiem ery salwarsanowej była właśnie wynikiem takiego wadliwego sposobu leczenia.

W ostatnich czasach spostrzega się wzmożenie się przypadków neurorecydywy ocznej. Tak naprz. według danych kliniki wrocławskiej Uhthoffa za l. 1911—1920 stosunek kiły nerwowej do neurorecydywy *(provozierte Neurolues)* wynosi 10:2. Stosunek ten w r. 1921 przedstawia się już jako 10:7, czyli innemi słowy, ilość sprowokowanych salwarsanem przypadków wzmogła się trzechkrotnie (Hantke). Na co się to składa, nie jest obecnie ostatecznie wiadomem. Hantke i Jadassohn przypuszczają, że może przyczyną tego zjawiska są wadliwe preparaty neosalwarsanu, które się w tym czasie zjawiły na rynku. Niektórzy starają się wytłumaczyć to zdarzenie ogólnem osłabieniem odporności pod wpływem zmienionych obecnie warunków życia. Jednakże nowsze obserwacje (Kraepelin) świadczą, że okres wojny światowej nie spowodował zwiększenia liczby zapadnięć jak na kiłę nerwową tak również na „metaluetyczne“ cierpienia. Przybliżamy się do następującego zagadnienia, a mianowicie: czy kuracja salwarsanowa pociąga za sobą częstsze wystąpienie „metaluetycznych“ schorzeń wogóle, a w szczególności oka.

III.

Salwarsanowi przypisuje się wreszcie winę pod tym względem, że usuwając szybko i energicznie objawy kiłowe w pierwszych okresach przymiotu, tem samem osłabia proces uodpornienia ustroju, co przejawia się we wczesnym rozwoju i częstszem wystąpieniu kiły mózgowo-rdzeniowej oraz „metaluetycznych“ schorzeń wraz z odpowiedniemi zmianami ze strony oczu.

Większość autorów wskazuje na możliwość wystąpienia takich zmian przy niedostatecznem i niekonsekwentnem stosowaniu salwarsanu. Oprócz wyżej podanego tłumaczenia tego zjawiska zasługują na uwagę spostrzeżenia, że zbyt małe i niedostateczne dawki salwarsanu nie powodując zniszczenia zarazków, przyzwyczajają je do arsenu, i, czyniąc je odpornemi na dalsze dawki, stwarzają poważne niebezpieczeństwo dla systemu nerwowego. — Badania doświadczalne Plauta i Mulzera, którzy przy niedostatecznem stosowaniu salwarsanu u królików otrzymali bardziej jadowity względem tkanki nerwowej szczep krętków, potwierdzają słuszność takiego zapatrywania. Co się zaś tyczy wyżej wzmiankowanych powikłań przy należytem i energicznem leczeniu salwarsanem, to pod tym względem panuje jeszcze rozbieżność poglądów. Scholtz uważa, że czysto rtęciowe leczenie powoduje większą ilość przypadków czwartorzędnej kiły, niż kuracja salwarsanowa. Obfity materjał Scholtza nie wykazuje przypadków „metaluetycznego“ przymiotu przy dostatecznem stosowaniu Hg—Salw. Nonne natomiast wskazuje w ostatnim swoim doniesieniu na możliwość wstrzymania rozwoju niwieczników przy salwarsanowem leczeniu. On uważa, że z nastąpieniem ery salwarsanowej wczesne wystąpienie kiły nerwowej stało się zjawiskiem częstszem. Według Rothmana brak jednolitej co do intensywności i rodzaju leczenia statystyki nie upoważnia do podobnego twierdzenia. Aczkolwiek niewątpliwem jest, że nawet najbardziej energicznie i prawidłowo przeprowadzona kuracja salwarsanowa często nie jest w stanie zapobiec wystąpieniu wiądu rdzenia i bezwładu postępującego, to jednak niedostateczne leczenie kiły, częściej jest powodem zasłabnięć na „metaluetyczne“ cierpienia. Zresztą sprawa ta nie jest jeszcze ostatecznie ustaloną.

Igersheimer podaje, że na 158 przypadków bezwładu mięśni ocznych w późnych okresach przymiotu tylko 16 chorych przechodziło swego czasu odpowiednią kurację, a z pośród 38 chorych z zanikiem nerwu wzrokowego na tle wiądu rdzenia tylko 5-iu przechodziło parokrotną wcierkową kurację.

W każdym bądź razie uważa się, że najlepszym środkiem dla leczenia kiły jest salwarsan, i że zastosowany w energiczny sposób w kile wczesnej, daje bardzo wysoki odsetek wyleczeń (Śnigowski).

IV.

Dotychczasowe wyniki stosowania salwarsanu w kile oka naogół świadczą o dużej jego wartości leczniczej w poszczególnych postaciach tego cierpienia. Przymiot powiek, spojówki i oczodołu, cierpienia tęczówki, ciałka rzęskowego i białkówki, jak również świeże zapalenia naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego — oto cierpienia, gdzie salwarsanowe leczenie zostaje uwieńczone pomyślnym skutkiem(Boas, Elliot, Fradkine, Igersheimer, In der

Beeck, Lacroix i Fonton, Long, Rochon-Duvigneaud). W leczeniu miąższowego zapalenia rogówki na tle kiły wrodzonej salwarsan naogół zawodzi w sensie bezpośredniego wpływu na sam proces chorobowy. Cały szereg natomiast autorów, jak to Coulter i Ingram, Fradkina, Hensen, Holmes Spicer, Langendorff, podkreśla korzystne oddziaływanie salwarsanu na stany podrażnienia, (przekrwienie tęczówki) towarzyszące miąższowemu zapaleniu rogówki, jego dodatni wpływ na czas trwania i przebieg ostrego okresu zapalenia, zwłaszcza drugiego oka, gdyż nadaje mu zwykle przebieg łagodny. Według Coultera i Ingrama pomyślne działanie salwarsanu wyraża się w tem, że w $^1/_3$ obserwowanych przez nich ilości przyp. miąższowe zapalenie rogówki ograniczyło się tylko do jednego oka. To też większość autorów, uwzględniając również lecznicze oddziaływanie salwarsanu na sam ustrój, szczególnie przy kombinowanem leczeniu jest zwolennikiem jego stosowania w powyższem cierpieniu. W zapaleniu rogówki na tle kiły nabytej salwarsan działa pomyślnie. Coulter i Ingram podają poprawę ostrości wzroku przy stosowaniu salwarsanu w miąższowem zapaleniu rogówki w kile wrodzonej, natomiast Schott, porównując 133 przypadki, leczone salwarsanem, ze 110 przypadkami ery przedsalwarsanowej, takiego wyniku nie otrzymał.

Trudność, jaką nastręcza leczenie powyższej postaci kiły oka, budzi duże zainteresowanie dla prac, dokonywanych w kierunku wyświetlenia jego istoty i patogenezy. Tak, Enroth i Hisinger-Jägerskiöld, przeprowadzając kapilaroskopowe badania w miąższowem zapaleniu rogówki na tle wrodzonej kiły stwierdzili, że obraz drobnowidowy naczyń włoskowatych, wykazując zmiany patologiczne, wskazuje na ogólne zaburzenia w układzie naczyń włoskowatych, zachodzące w powyższem cierpieniu. Jeżeli według Enrotha i Hisingera przypuścić, co byłoby prawdopodobnem, że naczynia włoskowate okołorogówkowe ulegają również tymże zmianom morfologicznym i czynnościowym, co naczynia włoskowate skóry, to jasnem się wykaże, dlaczego zarazek kiłowy tak łatwo się zagnieżdża w upośledzonej pod względem odżywiania rogówce osobników z kiłą wrodzoną i dlaczego jest tak nikłym wpływ przeciwkiłowego leczenia.

Humphrey Neame i John Webster, badając zawartość cieczy przedniej komory po dożylnych wstrzyknięciach salwarsanu królikom, stwierdzili, że druga ciecz wodnista zawiera więcej arsenu, niż pierwsza, co według powyższych autorów wskazywałoby na korzystne oddziaływanie punkcji przedniej komory, przedsiębranej w przypadkach dożylnego stosowania salwarsanu w miąższowem zapaleniu rogówki. Na uwagę zasługuje również doniesienie Igersheimera, który otrzymał wybitnie lecznicze wyniki stosowania salwarsanu, zastrzykniętego do przedniej komory w przypadkach, doświadczalnie wywołanego, kiłowego zapalenia rogówki. Podkreślić tutaj należy prace Colombo, Igersheimera i Wätzolda, stwierdzające obecność krętków w miąższowem zapaleniu rogówki, a w szczególności w jej odcinkach przyrąbkowych.

Co się tyczy przewlekłych postaci kiłowego schorzenia siatkówki i naczyniówki, to wpływ salwarsanu na tego rodzaju cierpienia jest według większości autorów znikomy. Sprawa leczniczego oddziaływania salwarsanu na przebieg porażeń mięśni ocznych budzi jeszcze wątpliwości (Igersheimer), aczkolwiek i tutaj mnożą się obserwacje, stwierdzające jego lecznicze własności w świeżych porażeniach zewnętrznych mięśni ocznych. Pozwolę sobie przytoczyć odnośny przypadek, spostrzegany na Klinice Ocznej.

Chora S., lat 29, Nr. dziennika 3269, data przybycia 21. IV. 1926. Od 3 tygodni opadnięcie prawej górnej powieki. Zdwojone widzenie. Rozpoznanie kliniczne: Porażenie zewnętrznych gałązek mięśniowych nerwu okoruchowego prawego oka. Zapalenie siatkówki i naczyniówki obustronne, cechujące się obecnością na obwodzie dna oczu licznych odbarwionych ognisk. Ochrypłość. Badanie laryngologiczne (Klinika Oto-laryngologiczna U. S. B.) wykazało obecność blizn na miękkiem podniebieniu i lewej strunie głosowej, Wassermann wybitnie dodatni: ++++.

Rozpoczęto kurację kombinowaną Hg - Neosalw. Już po pierwszem wstrzyknięciu neosalwarsanu górna powieka poczęła się unosić do góry, a 21. V., t. j. po 4 wlewaniach neosalw. i 8 zastrzyknięć Hg. można było zanotować nieznaczny tylko ubytek w zakresie ruchów ku nosowi. Dno pozostało bez zmian. Niestety dalszego leczenia nie można było przeprowadzić z powodu niezjawienia się chorej.

Na większą jeszcze uwagę zasługuje podobny przypadek z prywatnej praktyki Prof. Szymańskiego ze względu na przeprowadzone czysto salwarsanowe leczenie.

Chora O., lat 42 zgłosiła się 26. VIII. 1925. ze skargami na opadnięcie prawej górnej powieki i zdwojone widzenie, które wystąpiły przed 4 tygodniami. Przed rokiem przechodziła prawostronne porażenie nerwu twarzowego. Rozpoznano: Porażenie wszystkich zewnętrznych mięśni prawego oka *(Ophtalmoplegia externa)* oraz lekki niedowład prawego nerwu twarzowego. Dno prawidłowe. Wasserman wybitnie dodatni: ++++. Rozpoczęto kurację czysto salwarsanową. Już po pierwszych wstrzyknięciach przeszło opadnięcie górnej powieki, a działanie mięśni oka poczęło wracać stopniowo do normy, rozpoczynając od odwodzenia gałki. Po rocznej obserwacji ruchy oka były prawidłowe.

A zatem w obydwu przypadkach, dotyczących świeżych porażeń mięśni ocznych w późniejszym okresie przymiotu, salwarsan niewątpliwie dodatnio wpłynął na przebieg cierpienia.

Zwracając się do omawiania wpływu leczniczego salwarsanu na przymiotowe cierpienia nerwu wzrokowego, stwierdzić musimy, że pod tym względem sprawa się przedstawia w następujący sposób: 1) stany zapalne nerwu wzrokowego, włączając tarczę zastoinową, poddają się salwarsanowej kuracji; 2) przy zaniku tarczy wzrokowej na tle wiądu rdzenia salwarsan żadnej korzyści nie przynosi; przy dokładnej kontroli czynności oka niema przeciwwskazania do zastosowania salwarsanu w początkowych okresach wiądu rdzenia; lecz w przypadkach, gdzie według Behra istnieje: a) obniżenie ostrości wzroku i zboczenia zmysłu barw przy prawidłowem polu widzenia dla białej barwy; b) znaczne spółśrodkowe ścieśnienie pola widzenia przy prawidłowej ostrości wzroku i c) nieznaczne zaburzenia w polu widzenia, prawidłowa ostrość wzroku lecz wyraźny zanik tarczy przy objawach znacznego upośledzenia odróżniania siły światła, nie należy stosować salwarsanu, który w tych przypadkach może nieraz spowodować raptowny zanik wzroku.

Co się tyczy stosowania salwarsanu w zapalnych stanach nerwu wzrokowego, to wynik leczniczy nie zawsze jest jednakowy; zależy to od okresu, w jakim wystąpiło oczne powikłanie, gdyż przypadki w okresie drugorzędnym znacznie lepiej poddają się salwarsanowemu leczeniu niż okresu późniejszego.

Na uwagę zasługuje praca Barucha, donosząca, że na 10.000 przypadków nabytej kiły było 318 przypadków zapalenia nerwu wzrokowego, przyczem w 52% tych przypadków kiła zupełnie nie była leczona, w 14% — stosowano rtęć, w 34% — salwarsan. Przemawiałoby to przeciwko przypuszczeniu jakoby stosowanie salwarsanu powodowało częstsze wystąpienie powikłań ze strony nerwu wzrokowego. Wyniki stosowania salwarsanu w przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego były w statystyce Barucha dodatnie, gdyż z pośród 174 dokładnie obserwowanych przypadków było 168 wyleczeń.

Wspomnę tutaj o pracach Lacroix i Fonton, Rollet i Eleonskoj, którzy otrzymali pomyślne wyniki leczenia salwarsanem stanów zapalnych nerwu wzrokowego. Eleonskaja podkreśla, że celem uzyskania poprawy ostrości wzroku należy jaknajwcześniej przystąpić do kuracji. Eleonskaja, jak i większość autorów jest zwolennikiem kombinowanego sposobu leczenia (Hg + Salw.), kiły oka, i nawet ci (Lakae, Arch. méd. belges, Juillet 1920), którzy przypisują salwarsanowi zdolność obniżania odporności ośrodkowego układu nerwowego na zarazek kiłowy, stoją na temże stanowisku, nie chcąc, widocznie, zupełnie zaniechać tak bakterjobójczego środka, jakim jest salwarsan.

Co zaś do stosowania salwarsanu przy zaniku tarczy wzrokowej na tle wiądu rdzenia, to w sprawie tej panuje jeszcze wielka rozbieżność zdań, aczkolwiek zdaniem de Shweinitza w ostatnich czasach mnożą się liczne obserwacje, stwierdzające że, salwarsan zastosowany wcześnie przy prawidłowem jeszcze czuciu barw, stanowi bardzo ważny czynnik w leczeniu prostego zaniku tarczy. Dziś jeszcze większość autorów, nie widząc przeciwwskazania do zastosowania salwarsanu w początkowych okresach wiądu rdzenia przy dokładnej kontroli czynności oka, uważa jednak, że salwarsan w leczeniu prostego pierwotnego zaniku tarczy żadnej korzyści nie przynosi.

W ankiecie przeprowadzonej wśród sifidologów niemieckich, a dotyczącej leczenia przymiotu, cały szereg badaczy, jak Bruhns, Galewsky, Hauck, Herxheimer, Hoffmann, Jadassohn, Oppenheim, Pinkus, Riecke, Scholtz, Wechselmann, stoi na stanowisku, że zanik tarczy wzrokowej nie jest przeciwwskazaniem do zastosowania salwarsanu w czwartorzędnej kile. Natomiast Spiethoff, Stranz i Mulzer uważają to ze względu na możliwość raptownej ślepoty, za zbyt ryzykowne.

Niedawno Waldmann ogłosił wyniki niepomyślne, uzyskane wstrzykiwaniem salwarsanu w prostym zaniku tarczy. W obserwowanych przez niego 13 przypadkach ostrość wzroku i pole widzenia w przebiegu leczenia stosunkowo prędko się pogorszyły. Somogyi. (Kl. Monatsbl. f. Augenh. T. 71, str. 483), zalecając kombinowane leczenie, radzi być ostrożnym przy zwężonem polu

widzenia i obniżonej ostrości wzroku. On obserwował 30 chorych z prostym zanikiem tarczy, leczonych Hg. + Neosalw. + KJ. Czas obserwacji wynosił od 3—23 miesięcy. W 4 przypadkach ostrość wzroku raptownie się obniżyła, przyczem 3 chorych otrzymało tylko rtęć, a 1 — tylko neosalwarsan. W 16 przypadkach pogorszenie wzroku postępowało powolnie, a w 10 — można było stwierdzić zatrzymanie się procesu chorobowego na 12—23 miesięcy. Liebermann (Ibidem) stosując w 4 przypadkach „silbersalwarsan" osiągnął u osobnika z raptownem obniżeniem wzroku zatrzymanie się procesu na blisko 18 miesięcy, poczem wzrok się znowu pogorszył. Jeśli wziąść pod uwagę, że w przebiegu zaniku tarczy wzrokowej na tle wiądu rdzenia obserwuje się nieraz zwolnienie sprawy chorobowej jak również raptowne pogorszenie wzroku, to wyniknie, że na podstawie pojedyńczych przypadków, trudno sądzić jak o szkodliwości, tak również o skuteczności salwarsanu. W każdym bądź razie jeżeli uwzględnić wyżej podane przeciwwskazania Behra, to niewieleby pozostało przypadków zaniku tarczy, gdzieby można było zalecić stosowanie salwarsanu

Celem osiągnięcia skuteczniejszych wyników leczenia zaniku tarczy na tle wiądu rdzenia Gennerich radzi wstrzykiwać salwarsan dolędźwiowo, wychodząc z założenia, że tylko tym sposobem da się uzdrowić płyn mózgowo-rdzeniowy, a nerwowi wzrokowemu dostarczy się dostateczną ilość salwarsanu. Doświadczenia Hoffa, dotyczące przenikania salwarsanu do ośrodkowego układu nerwowego, wykazały, że przy dożylnem wstrzyknięciu nie dało się stwierdzć cząsteczek arsenu w nerwie wzrokowym, natomiast przy wstrzyknięciu doledźwiowem, a jeszcze w większej mierze, przy wlewaniach kombinowanych, ich wykrycie było stosunkowo łatwem. Według Hoffa nakłucie rdzeniowe z następowem dożylnem wstrzyknięciem salwarsanu lepiej nadają się ze względu na swoje bezpieczeństwo, niż wlewanie dolędźwiowe.

Z nowych prac traktujących o leczeniu tabetycznego zaniku tarczy metodą Gennericha, zasługuje na uwagę praca Schacherla, który wstrzykiwał jednocześnie salwarsan dożylnie. Dolędźwiowe wstrzykiwania odbywały się co 14 dni od $^1/_4$ mg. salwarsanu do 1 mg. pro dosi, stopniowo zwiększając dawkę. Schacherl leczył w ten sposób 64 przypadki zaniku tarczy; w licznych przypadkach nastąpiła poprawa w polu widzenia, w innych stan się nie pogorszył. Stosunkowo krótki czas obserwacji nie pozwala jednak na daleko idące pod tym względem wnioski.

Sposób Gennericha nie zyskał jeszcze szerokiego rozpowszechnienia. Przewaga tego sposobu nie została ostatecznie ustaloną, a wyniki Gennericha w leczeniu prostego zaniku tarczy są według Hippela niezupełnie przekonywujące.

Amerykański sposób Swift-Ellisa, polegający na dolędźwiowem wstrzyknięciu surowicy, po uprzedniem dożylnem wlewaniu salwarsanu, również nie spełnił pokładanych nadziei w leczeniu zaniku tarczy na tle wiądu rdzenia W ostatnich czasach amerykański badacz Shoenberg radzi stosować przy tem cierpieniu salwarsan dokomorowo. Z powyższego widzimy, że sprawa leczenia salwarsanem zanikowych stanów nerwu wzrokowego na tle wiądu rdzenia jest niejasną i jeszcze daleką do rozstrzygnięcia.

Na podstawie tedy zdobyczy z ostatnich lat wynika:

1) że naogół salwarsan nie wywiera trującego działania na oko;

2) że t. zw. neurorecydywy oczne są następstwem niedostatecznego leczenia w stosunku do rozwoju zarazka w obrębie narządu wzrokowego, a częściowo objawami prowokacyjnemi, które przyśpieszają wygojenie. Niedostateczna i niezakończona kuracja salwarsanowa przyczyniła się więc do powstania neurorecydywy, której wyleczenie da się uskutecznić dalszem stosowaniem salwarsanu. Nie należy rozpoczynać salwarsanowej kuracji tam, gdzie niema widoków do należytego jej przeprowadzenia. W bardzo rzadkich przypadkach może salwarsan, zbyt raptownie pobudzając utajone ogniska kiłowe, spowodować większe uszkodzenia.

3) sprawa częstszego wystąpienia „metaluetycznych" cierpień w następstwie należycie przeprowadzonego salwarsanowego leczenia, jest nieustaloną;

4) w salwarsanie posiadamy potężny środek w leczeniu przymiotu oka. Największa jego wartość lecznicza występuje w świeżych okresach poszczególnych postaci tego cierpienia. Nie widząc przeciwwskazania do zastosowania salwarsanu w początkowych okresach wiądu rdzenia pod dokładną kontrolą czynności oka, większość autorów uważa, że przy prostym zaniku tarczy środek ten żadnej korzyści nie przynosi, aczkolwiek i pod tym względem mnożą się obserwacje, świadczące o jego skuteczności przy niezbyt posuniętych objawach;

5) należy dążyć do tego, aby każdy kiłowy chory był od początku choroby, a w szczególności przed rozpoczęciem salwarsanowej kuracji, systematycznie badany, przez okulistę, co w wielu przypadkach niewątpliwie przyczyni się do wykrycia zmian chorobowych w oku, często kładzionych na karb skutków salwarsanu.

Piśmiennictwo.

1. Avalos. Enrique: Ref. Zentralbl. für die ges. Ophth. Tom 8, str. 178. — 2) Baruch: Dtsch. med. Wochenschr.. Rocznik 49. str. 186. — 3) Behr: Klin. Monatsbl. 1916, str. 1. — 4) Benario: Ref. Igersheimer, Syphilis und Auge, str. 101. — 5) Blanchard: Ann. d ocul. 1924, str. 684. — 6) Blanco: Ref. Zentralbl. für die ges. Ophth. Tom 11, str. 67. — 7) Boas: Ref. Zentralbl. für die ges. Ophth., Tom 8, str. 363. — 8) Brüning: Arch. f. Dermatologie und Syphilis 921, ref. Zentralbl. für die ges. Ophth., Tom 5, str. 506. — 9) Bussy: Journ. de med. de Lyon 1921, ref. Zentralbl. f. die ges. Ophth., Tom 5, str. 496. — 10) Colombo: Ref. Kl. Monatsbl. 1923, T. 70, str. 573. — 11) Coulter and Ingram: Trans. of Ophth. soc. 1923, str. 632. — 12) Darrieux: Ann. d'ocul. 1914, str. 352. — 13) Dimitry: Ref. Zentralbl. f. d. ges. Ophth., Tom 3, str. 54. — 14) Dupuy-Dutemps: Według Terrien et Cousin, Affections de l'oeil en médicine génèrale 1924, str. 471. — 15) Dupuy-Dutemps: et Perin: Bull. de la soc. franc. de Dermat. et de Syph. 1925, str. 394. — 16) Elconskaja: Russki Oftalmołogi Żurnał 1922, str. 280. — 17) Elliot: Ref. Zentralbl. f. d. ges. Ophth. Tom 2, str. 86. — 18) Enroth i Hisinger-Jagerskiöld: Klin. Monatsbl. 1925, Tom 75, str. 598. — 19) Fradkine: Clin. Ophth. 1914, str. 30. — 20) Gebb: Ref. Kl. Monatsbl. 1922, Tom 69, str. 838. — 21) Gennerich: Die Syphilis des Zentralnervensystems 1921. — 22) Grecf: Ber. über d. 43 Vers. d. dtsch. ophth. Ges. Jena, str. 133. — 23) Green: Według Karelusa. — 24) Gregorio: Ref. Kl. Monatsbl. 1924, Tom 73. — 25) Groenouw: Beziehungen der Allgemeinleiden et c. 1920. — 26) Hantke: Kl. Monatsbl. 1922, Tom 69, str. 209. — 27) Harrison: Według Langa, ref. Zentralbl. f. d. ges. Ophth., Tom II. str. 86. — 28) Hensen: Klin. Monatsbl. Tom 63, str. 99, 1919 r. — 29) Hippel: Die Krankheiten d. Sehnerv. — 30) Hirschberg: Ref. Kl. Monatsbl. 1921, Tom 66, str. 320. — 31) Hoff: Jahr. f. Psych. et Neurol. 1923, ref. Zentralbl. f. d. ges. Ophth. Tom 12, str. 110. — 32) Holmes Spicer: Parenchymatous Keratitis, Monograph. 1924. — 33) Horwath: Ref. Kl. Monatsbl. 1922. Tom 68, str. 652. — 34) Jadassohn: Kl. Wochenschr., 1922, Nr. 24. — 35) Jessner: Kl. Monatsbl. 1926, Tom 76, str. 431. — 36) Igersheimer: Syphilis u. Auge, 1918. — 37) Tenże: Zentralbl. f. ges. Ophth., Tom 1. str. 290. — 38) Tenże: Zentralbl. f. d. ges. O., Tom 12, str. 209. — 39) Tenże: Jahresbericht u. d. ges. O. 1920, str. 144. — 40) Tenże: Jahresbericht u. d. ges. O. 1921, str. 227. — 41) Tenże: Jahresbericht u. d. ges. O. 1922, str. 219. — 42) Tenże: Jahresbericht u. d. ges. O. 1923. str. 264. 43) Tenże: Arch. f. Ophth. Tom 109, str. 265. — 44) In der Beeck: Ref. Zentralbl. f. d. ges. O. Tom II, str. 94. — 45) Johnsohn: Am. Jour. O. 1919, str. 74. — 46) Joung and Loevenhart, Ref. Zentralbl. f. d. ges. O., Tom 14, str. 282. — 47) Karelus: Polska Gazeta Lek. 1925, str. 101, Nr. 5. — 48) Kogoshima: Ref. Zentralbl. f. d. ges. O., Tom 2. str. 263. — 49) Kraepelin: Ref. Polska Gazeta Lek. 1926, str. 478. — 50) Lacroix et Fonton: Arch. d'ophth. 1920, str. 536. — 51) Lang: Ref. Zentralbl. f. d. ges. O., Tom 1, str. 63, str. 446, Tom 2. str. 86. — 52) Langendorff: Dtsch. med. Wochenschr., Jg. 48, str. 290. — 53) Majewski: Przegląd Lekarski, 1916, Nr. 6. — 54) Mayr et Thieme: Arch. f .Dermat. et Syphilis 1921, ref. Zentralbl. Tom VI, str. 269. — 55) Meirowski: Münch. med. Woch. 1920, str. 477. — 56) Mingazzini: Ref. Zentralbl. f. d. ges. O., Tom 14, str. 698. — 57) Neame, H. and J. Webster: Trans. of the ophth. soc. 1923, str. 133. — 58) Nonne: Zeitschr. f. d. ges. Neur. et Psych. 1925, str. 335. — 59) Ostroumow: Wiestnik Oftalmołogji 1914, str. 230. — 60) Palomar de la Torre: Ref. Kl. Monatsbl. 1922. Tom 68, str. 274. — 61) Plaut und Mulzer: Według Rothmana. — 62) Rochon-Duvigneaud: Clin. Ophth. 1914, str. 368. 63) Rollet: Jour. de méd. de Lyon 1922, ref. Zentralbl. f. d. ges. O., Tom XII, str. 510. — 64) Rothman: Zentralbl. f. d. ges. O., Tom XV, str. 81. — 65) Schacherl: Dtsch. Zeitschr. f. Nervenh. 1923, str. 234. — 66) Schindler: Kl. Monatsbl. Tom 73, str. 773. — 67) Schönberg: Arch. of O., 1920, str. 264. — 68) Scholtz: Dtsch. med. Woch. 1920, Nr. 29, str. 818. — 69) Schon: Z. f. d. ges. Neurol. und Psych. 1921, str. 413, ref. Kl. Monatsbl. 1924, str. 581. — 70) Schott: Zeitschr. f. A. 1923, str. 109. — 71) Seguini: Ref. Klinika Oczna 1924. str. 82. — 72) Śniegowski: Nowiny Lekarskie, 1926, str. 292. — 73) Spruth: Ref. Kl. Monatsbl. 1920, Tom 64, str. 403. — 74) Stokes and Shaffer: Jour. of the Amer. med. assoc. 1924, Nr. 23. — 75) de Schweinitz: Diseases of the eye, 1924. — 76) Terrien et Cousin: Affections de l'oeil e. t. c. 1924, str. 472. — 77) Ullmann: Według Igersheimera. — 78) Umfrage: Ueber die Behandlung der Syphilis. Mediz. Klinik 1925. — 79) Waldmann: Ref. Zentralbl. f. d. ges. O., Tom XVI, str. 208. — 80) Warszawski: Wiestnik Oftalmołogji, 1914. — 81) Wätzold: D. med. Wochenschr. 1924, str. 11. — 82) Würdemann: Amer. journ. of Ophth. 1920, ref. Zentralbl. Tom 3, str. 45.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. M. SEIDLER. Lwów.

Istota leczenia i zapobiegania zakażeniu połogowemu *).

Z Kliniki położniczej U. J. K.' Dyrektor: Prof. Dr. Bocheński.

Dzięki postępowaniu antyseptycznemu (Semelweis 1847 i Lister 1864) i aseptycznemu zmalała ta wielka zmora zakażeń połogowych, zabierająca tyle ofiar wśród położnic. Następnie wielkie postępy w dziedzinie (Pasteur) bakterjologji przyczyniły się do poznania źródła zakażeń połogowych, nauczyły unikać go i walczyć z niem. Jakkolwiek odsetek zakażeń połogowych spadł w stosunku do wieku ubiegłego przy normalnych porodach w Zakładach położniczych dobrze urządzonych z 15 względnie 10 do 1-dnego a nawet $^1/_2$%, to jeszcze dalecy jesteśmy od skutecznej walki z tem strasznem niebezpieczeństwem, na jakie każda kobieta, spełniająca swe posłannictwo dziejowe, jest narażona. Pamiętając o istniejącym jeszcze wysokim procencie chorobliwości (od 4,6%—40%) i śmiertelności (od 0.1—6%) po porodach operacyjnych, powinniśmy zawsze przestrzegać świętej zasady *„Primum non nocere"* i zabiegi położnicze wykonywać jedynie ze ścisłego wskazania tz. tylko wobec istniejącego niebezpieczeństwa matki lub płodu. Badanie wewnętrzne i wszelkie nawet drobne zabiegi wewnętrzne powinniśmy ograniczyć do minimum, statystyki bowiem wykazują mniejszą chorobliwość i śmiertelność po długotrwałych porodach samoistnie się kończących, chociaż już przy istniejącej w czasie porodu gorączce — niż po porodach operacyjnych zależnie od zabiegu wewnętrznego.

Różne gatunki bakteryj mogą klinicznie dawać jednakowy obraz schorzeń zakażenia połogowego. Najczęstszemi i najniebezpieczniejszemi są łańcuszkowce (streptokoki) , wywołują one najcięższe postacie zakażenia połogowego a mianowicie ogólne tzw. *sepsis*. Przy swych morfologicznych i biologicznych własnościach, zmieniających się odpowiednio do warunków życia (czy to jako saprophyty w wydzielinie pochwowej lub odchodach zdrowej ciężarnej lub położnicy czy to jako parazyty w ranach i tkankach chorej położnicy) posiadają wielką zdolność inwazyjną i łatwość dostosowania się *(mutation)* i stąd to wielkie niebezpieczeństwo po przeniesieniu ich z jednego gospodarza na drugiego. Podobną rolę w zakażeniu połogowem odgrywają gronkowce *(staphylococci)*, rzadziej jednak doprowadzają one do ciężkich śmiercią kończących się postaci zakażeń połogowych niż te pierwsze. Lekkie lub średnie postacie zakażenia *„per continuitatem"* wywołują bakterje z grupy prątka okrężnego *(Kolisepsis)* tworzenie przerzutów należy jednak do rzadkości. Podobnie rzecz się ma z dwoinkami Neissera, które w połogu przyczyniają się do rozszerzenia sprawy chorobowej z *endometrium* i wywołują ropne sprawy w trąbkach i jajnikach i miejscowe zapalenie otrzewnej *(perimetritis)*. Mogą jednakowoż i one dostać się do krwi i wywoływać zmiany na wsierdziu jakoteż przerzuty w stawach i dają obraz ciężkich do śmierci prowadzących schorzeń. Należy wspomnieć jeszcze o całym szeregu bakteryj nie posiadających zdolności inwazyjnych, które zazwyczaj wywołują tylko bardzo lekkie schorzenia połogowe. Dołączają się one jednak do już istniejącej infekcji strepto lub staphylococcowej i przy wyczerpaniu sił obronnych ustroju — rozmnażają się obficie we krwi i dają obraz pierwotnego przez nich wywołanego ogólnego zakażenia. Pewne formy Kokków i prątków a z nich najważniejszym jest *bacillus aerogenes capsulatus* wytwarzają gaz i dają obraz kliniczny zwany *Tympania uteri*. Bakterje chorób zakaźnych (tężca, dyfterji, wąglika i t. d.) mogą być zawleczone i wywoływać również zakażenia połogowe. Bakterje chorób przypadkowych angina, pneumonia ze swego pierwotnego ogniska mogą dostać się drogą krwi do narządu rodnego w ciąży w czasie porodu i połogu i wywoływać ogólne zakażenie połogowe. Źródłem zakażenia połogowego mogą być również schorzenia sąsiednich narządów (*apendicitis perfor., hernia incercerata)* i to *per continuitatem* lub *contiguitatem*.

Dla zrozumienia występującej infekcji w połogu pozwolę sobie przypomnieć WPanom stosunki fizjologicznego stanu bakteryjnego w narządzie rodnym poza ciążą i w ciąży. Zasadniczo różni się on ilościowo a nie jakościowo. Srom, przedsionek pochwy i pochwa zawierają bakterje, ujście zewnętrzne zależne od swej rozwartości stanowi granicę, poza którą flora się już nie dostaje a w każdym razie górna część szyji w normalnych warunkach jest jałowa. Zawartość jamy macicznej zdrowej ciężarnej, jest jałowa, jak to wykazały badania bakterjologiczne przy cięciach cesarskich i t. d.

Kontakt części płciowych zewnętrznych ze światem zewnętrznym jakoteż stosunek płciowy wpływają na zmienność flory bakteryjnej w dolnym odcinku narządu rodnego (która normalnie składa się z strepto i staphylokoków z bakteryj grupy *Coli, subtilis)*. Schorzenia skóry sromu, narządu moczowego *(cystopyelitis)* i jelit wpływają na większe zanieczyszczenie dolnego odcinka narządu rodnego; w dolnym trzecim odcinku pochwy zdrowej jest flora stała, dominuje tzw. *„bacillus vaginalis"*. Doederleina z grupy laseczek kwasu mlekowego. Mała zawartość tlenu i obecność glykogenu w złuszczonych przybłonkach pochwy wpływa korzystnie na rozwój powyższych laseczek. Jako produkt ich rozrostu powstaje kwas mlekowy, którego zawartość w wydzielinie pochwy u zdrowej kobiety wynosi 0.5%. Obecność laseczek Doederleina, kwasota pochwy i względny brak tlenu są przeszkodami, utrudniającemi rozwój innym bakterjom. Tę samą obronę pochwy wykazał Stoeckel u szeregu ciężarnych, u których po przyjęciu na klinikę w krótkim czasie znikały streptokoki z pochwy bez jakiegokolwiek leczenia (nie doprowadzenie świeżego napływu streptokokków i nie uszkadzanie pochwy). Nie ulega więc najmniejszej wątpliwości, że istnieją w ustroju zdrowej ciężarnej miejscowe i ogólne urządzenia ochronne, nie dozwalające na obecność i rozwój w pochwie chorobotwórczych bakteryj. Schorzenie narządów wytwarzających produkty ochronne, jak również zużycie tych produktów przez schorzenie ekstragenitalne obniża zdolność samoobrony, polegającej na samoczyszczeniu się pochwy i może ułatwić wywołanie infekcji endogennej przez endomikroorganizmy, znajdujące się w pochwie osoby zdrowej, jeśli te pod wpływem korzystnych dla siebie warunków zmieniły swój *„saprophytarny"* charakter na *„parazytarny"*.

Jak przedstawia się flora bakteryjna w czasie porodu i połogu.

Po odejściu wód płodowych, z powodu małych ran błony śluzowej, ujścia i pochwy, zmienia się podłoże a z niem i rodzaj bakteryj, laseczniki Doederleina znikają. Ich miejsce zajmują, zwłaszcza przy długotrwałych porodach, strepto i staphylokoki, z grupy *bacterium coli* wreszcie wyraźne beztlenowce, bakterje wytwarzające gazy z grupy flory jelitowej. Ponieważ znajdywano powyższe bakterje w pochwie rodzących a wewnętrznie nie badanych, a nawet u tych, u których usunięto wszelki kontakt zewnętrzny narządu rodnego, należy przypuszczać, że należą one do stałych mieszkańców sromu i jego otoczenia. Z pochwy następnie dostają się bakterje do jaja płodowego a ich ilość i rozwój zależy od siły bakterjobójczej organizmu. Tem łatwiej więc będą się dostawały bakterje ze sromu do pochwy i jamy macicy jeśli w czasie porodu będziemy badać wewnętrznie lub wykonywać zabiegi operacyjne, okoliczność ta tłumaczy dostatecznie zwiększoną chorobliwość i śmiertelność w tych przypadkach.

Odejście łożyska i krwiaka pozałożyskowego usuwa w znacznym stopniu mechanicznie bakterje: mikroskopowo i pożywkowo w pierwszych dwóch dniach połogu stwierdza się znaczne zmniejszenie się bakterji a odchody są nawet nieraz wolne od nich. W trzecim dniu liczba ich wzrasta, a rodzaj ich odpowiada bakterjom wywołującym gnicie, normalnie już w ciąży znajdujących się w pochwie. Czwartego dnia połogu zwykle znajdujemy bakterje w jamie macicy do której dostęp ułatwiają im skrzepy i resztki jaja płodowego sterczące do pochwy. Krwotoki obfite, powstające w pierwszych godzinach połogu, częściej występujące w sztucznie przyspieszanym trzecim okresie porodowym (Ahlfeld). Od siły bakterjobójczej wydzieliny gruczołów macicznych od wału leukocytarnego ochronnego wytwarzanego po odejściu łożyska na powierzchni jamy macicy zależy rozwój bakteryj i ich ilość, a samooczyczyszczanie się jamy macicznej, które zaczyna się w drugim tygodniu zależy od szybkości odejścia ewentualnych resztek i regenerowania się błony śluzowej.

Po tych uwagach koniecznych dla zrozumienia źródła i istoty zakażenia połogowego, rozpatrzmy rozwój wysiłków ludzkich w walce z tym strasznym wrogiem. Szły one dwiema drogami: w kierunku przeciwdziałania istniejącej chorobie oraz po linji dążeń w celu zapobiegania możności wybuchu zakażenia. Zanim przejdziemy do oceny działania różnych środków leczniczych, musimy się zapoznać dokładnie ze środkami samoobrony ustroju. Pierwszym i głównym odczynem ustroju, wobec wtargnięcia zarazków, jest obrona przez białe ciałka krwi-wielojądrowce obojętnochłonne i wielkie jednojądrowce. Pożerają one i przetrawiają nie tylko zarazki, ale i komórki zmartwiałe i ciała obce. Podobną rolę odgrywać ma śródbłonek błon surowiczych i naczyń. Zjawisko to zwane fagocytozą, odkrył Miecznikow. Wędrówkę leukocytów ułatwia

---

*) Wykład wygłoszony na kursie lekarzy Okręgow. Związku Kas chorych i w Towarzystwie ginekologicz. lwowskiem dnia 28 września b. r.

rozszerzenie naczyń, występujące w zapaleniu, oraz siła przyciągająca wydzieliny zarazków *(chemotaksis)*.

Według Miecznikowa najpierw występują do walki wielojądrowce mikrofagi, a następnie jednojądrowce makrofagi, w razie potrzeby wytwarzają się komórki olbrzymie ze zlania się powyższych.

Następnie w walce ustroju z bakterjami odgrywają rolę aleksyny, produkowane w surowicy krwi (Nutal, Buchner).

Źródłem ich powstawania według Denysa mają być białe ciałka krwi. Prócz ciał bakterjobójczych powstają w ustroju substancje aglutynujące, antytoksyczne. Dalsze poszukiwania wykazały, że ustroje posiadają własność ogólną wytwarzania substancyj antagonistycznych w stosunku do tych, które zostały doń wprowadzone, inaczej mówiąc antygeny wytwarzają we krwi przeciwciała. Przeciwciała są inne dla każdego antygenu, wytrzymują ciepłotę do 70 stopni, działają jako hemolizyny, hemaglutyniny, bakterjolizyny, bakterjoaglutyniny, cytotoksyny, antytoksyny, ale zawsze w obecności aleksyny, którą Bordet nazwał dopełniaczem. Opsoniny Wrigta uważane są za mieszaninę dopełniacza z przeciwciałem i mają wzmagać fagocytozę. To krótkie zestawienie sił ochronnych ustroju ma na celu zrozumienie podstawy niektórych środków leczniczych w przypadkach zakażeń połogowych ogólnych.

Zakażenia mogą występować pod postacią zmian miejscowych i ogólnych i mogą się rozszerzać drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych.

W pierwszym przypadku powstają:

1) wrzód połogowy *(ulcus puerperale)*,
2) zapalenie ściany macicy,
3) zapalenie przymacicza,
4) zapalenie błony brzusznej.

W drugim przypadku:

1) zapalenie żył macicznych lub przymacicznych,
2) zapalenie żył ropiejące,
3) posocznica,
4) ropnica względnie powikłanie obu ostatnich postaci.

Te dwie formy zakażenia ogólnego różnią się ewolucją i obrazem klinicznym a nie istotą. W posocznicy mamy niezmiernie rzadko do czynienia z gronkowcem *(staphylococcus)*, ale za to ropnie przerzutowe daje on 95% swych zakażeń, paciorkowiec tylko w 35%, pneumokok w 25%, a lasecznik okrężnicy w 22% (Lenharz).

Leczenie zakażeń miejscowych jest w początkach wyczekujące, a środki lecznicze o działaniu miejscowem *(antiphlogistica*, lód, sporysz) lub ogólnem (roborancja). Chętnie podajemy gynergen i propidon celem szybszego i pewniejszego zlokalizowania procesu chorobowego. W razie znacznych odchodów i cuchnących przepłukiwania lekkie pochwy. Zabiegi wewnątrz maciczne polegające na przepłukiwaniu jamy macicy środkami odkażającemi .zostały obecnie zupełnie zaniechane, za wyjątkiem nielicznych autorów francuskich (przepłukiwanie roztworem Dakina). Często stosują jeszcze setonowanie jamy macicy gazą napojoną protargolem, collargolem, roztworem Dakina, 0.25% roztworem lapisu lub 4% roztworem urotropiny, te jednak sposoby okazały się bezskutecznemi — już po kilku godzinach znajdowano znów w odchodach bakterje. Opróżnienie jamy macicy w razie gorączki lub krwawienia i to nie za wcześnie ani za późno (między 3 a 10-tym dniem A. Grosse z Nantes).

W dalszym przebiegu choroby mogą znaleść wskazanie zabiegi chirurgiczne (wycięcie macicy, podwiązanie żył przy skrzepach i leczenie chirurgiczne *peritonitis)*. Nie dają one jednak dobrych wyników, o czem świadczy wysoki procent śmiertelności 60 do 80%.

Leczenie zakażenia ogólnego zależnie od środków leczniczych podzielić możemy na:

1) Leczenie surowicą uodpornioną i szczepionkami,

2) Kolloido i proteinoterapja,

3) Leczenie preparatami barwikowemi i przetworami jodowemi, 1) Trypophlawina i Rivanol, 2) Roztwór Pregla, Septojod, Jodonascin, Yatren, Introcid, alkaliczny wodny roztwór jodu i ceru.

4) Połączenia kolloidów metali z kolloidami białka, kolloidów metali z barwikami (Argoflawina, Argochrom, Dispargen) kazeina z barwikami, kazeina ze srebrem, wreszcie roztwory metali, roztwór sublimatu 1% z neosalwarsanem (metoda Linsera).

Przejdę pokrótce rozwój i wyniki powyższych sposobów leczenia. Stwierdzenie faktu wytwarzania ustroju ciał obronnych przeciwbakteryjne i ich toksynom nasunęło zupełnie logicznie myśl leczenia zakażenia połogowego przez wprowadzenie do chorego ustroju tych środków ochronnych, których on sam już wytworzyć nie może. Te przeciwciała stosowano we formie surowic zwierząt uczulonych oraz w formie szczepionek gotowych lub przygotowanych z zarazków danego osobnika. Leczenie surowicą wprowadzono w roku 1895. (Marmorek), Chervin, Roger), wstrzykiwano ją dożylnie początkowo w ilości 20 cm a potem 1—3 razy dziennie po 10 cm. Chociaż dziś jesteśmy niemal rozczarowani co do jej wartości, to jednak jest mnóstwo spostrzeżeń, w których wyniki miały być dodatnie. Odpowiedzieć na pytania, czy i bez leczenia nie byłby wynik ten sam, niezmiernie trudno. Oprócz czystej surowicy łączono ją z osoczem końskiem, ze szczepionką paciorkowcową, z błękitem metylenowym i riwanolem. Jako dalszy etap w leczeniu surowicą należy wymienić wstrzykiwania surowicy zdrowych ciężarnych i położnic a zwłaszcza tych, które przebyły niezbyt ciężką postać zakażenia połogowego. Co się tyczy szczepionek stosowanych w celach leczniczych to są one przygotowane albo ze szczepów bakteryjnych, powodujących dane schorzenie i otrzymanych od chorych, albo też fabrycznie z jednego lub kilku gatunków bakteryj (n. p. szczepionka Delbeta). Wstrzykiwane są podskórnie, domięśniowo a najrzadziej dożylnie w liczbie od kilkudziesięciu miljonów do kilku miljardów bakteryj jednorazowo w dawkach wzrastających Stosowano też szczepionki uczulone surowicą chorej lub surowicą wielowartościową. Podobnie jak co do wyników leczniczych surowicy tak i szczepionek mimo pochwalnych zdań w piśmiennictwie można mieć duże zastrzeżenia, w każdym razie są one środkiem radykalnym. Niektórzy autorowie nawet ostrzegają, że szczepionki mogą w wysokim stopniu pogarszać stan chorej.

Większość jednak autorów poleca leczenie szczepionkami i surowicą antystreptokokową, a wynik leczniczy jest zależny od wczesnego ich zastosowania, zanim przyjdzie do wytworzenia przerzutów, w przeciwnym razie jakkolwiek organizm pobudzany do wytwarzania ciał obronnych, musi on ulec w walce z zarazkami rozmnażającemi się w nowych ogniskach chorobowych.

Niezadawalające wyniki lecznicze po stosowaniu surowic i szczepionek w zakażeniach połogowych, rewizja poglądów na dodatnie działanie tych środków w niektórych chorobach (n p. błonicy) stwierdzenie, że surowica oprócz działania antytoksycznego posiada własność uodporniania komórek (Roux 1894), a wreszcie wyraźne postawienie sprawy przez Schmidta 1916, że działanie surowic specyficznych i niespecyficznych, izowakcyn i heterowakcyn oraz białka bakteryjnego należy zawdzięczać obecności w nich wszystkich białka — daje początek proteinoterapji. Głównymi jej propagatorami są Schmidt, Weichardt, Saxl, Lindig, Schittenhelm, Zimmer i inni. Daleko odbiegła myśl ludzka od pierwotnego, specyficznie bakteryjnego leczenia: powstaje cała masa środków, leczenia niespecyficznego zakażeń — a mieszczących się według powyższego podziału w ostatnich trzech grupach.

Francuska farmakologia połączyła wszystkie wspomniane metody leczenia (surowica, szczepionki, białko i metale kolloidalne) w jedną tak zwaną kolloidoterapię.

Działanie niespecyficzne polega na uodpornieniu organizmu i to albo wprost albo przez wytworzenie produktów rozpadu. Występują przytem trzy odczyny: miejscowy, ogniskowy i ogólny. Istota tego działania jest tak obszernie omówiona w piśmiennictwie obcem i naszem, że nie mam potrzeby jej tutaj tłumaczyć. Chciałem zwrócić tylko uwagę na pewne szczegóły mianowicie: że podniesienie ciepłoty występuje i po stosowaniu przetworów niebiałkowych, przeto ów rozpad dotyczy własnego białka ustroju, że długotrwałe wprowadzanie parenteralne białka powoduje dlatego wyniszczenie i samoobronę ustroju w postaci schoku anafilaktycznego. Odczyn ogniskowy może być niepożądany w razie istnienia starych ognisk gruźliczych.

Środki te stosuje się najczęściej domięśniowo lub dożylnie, a leczenie powinno się rozpoczynać od dawek minimalnych. Lindig zaleca przy pierwszem podniesieniu się ciepłoty stosować natychmiast każdej położnicy jeden ze środków niespecyficznych i to aż do zupełnego spadku ciepłoty. Drugą dawkę stosuje się dopiero wówczas, gdy minie odczyn po dawce pierwszej. Wiele zakażeń t. zw. „lekkich", przemijających, branych jest na karb skuteczności tego leczena. Działanie przetworów kolloidalnych polega głównie na ich własności fizycznej, a nie składzie chemicznym. Wstrząs występuje jako odczyn kompleksu kolloidalnego komórkowo surowiczego środowiska krwi. Odczyn ten może być stabilizujący lub przeciwnie burzący, może dotyczyć elementów komórkowych czerwonych ciałek krwi w stosunku do środowiska płynnego — jakoteż i poszczególnych składników samego płynu. Naruszenie równowagi tak w jednym jak i drugim przypadku stanowi tzw. „Schok-Colloidoklassique" ma on stanowić główny odczyn działania kolloidów. Co do wartości leczniczej w zakażeniach połogowych środków wyżej wymienionych zdania autorów są bardzo odmienne. Wyniki zależą bezwzględnie od rodzaju zakażenia, z jakiem dani autorowie mieli do czynienia. Co więcej, spotkałem w piśmiennictwie zdania — przypisujące wyniki lecznicze odnośnym środkom — w przypadkach rzekomo ogólnego zakażenia, — w których posiew krwi wy-

padł ujemnie. Wielka ich ilość i rozbieżność zdań co do poszczególnych środków dowodzi, że dobry wynik często był przypadkowy.

Zwiększenie się ilości ciałek białych, które bezwzględnie w walce z zakażeniem odgrywają rolę, po stosowaniu parenteralnem białka jakoteż innych środków o odczynach tych samych zdaje się być często przyczyną umiejscowienia zaczynającego się zakażenia ogólnego jak to nasze doświadczenie nas pouczyło. W osiągnięciu zaś celu przez podawanie dożylne środków czy to przetworów jodowych czy barwików posiadających znaczną siłę bakterjobójczą *in vitro*, dla odkażenia ustroju w znaczeniu *„Therapia sterylisans magna“* — jesteśmy bardzo dalecy. Pamiętać o tem musimy, że niektóre z nich nawet są dla ustroju szkodliwe, jak n. p. Yatren lub sublimat — które wywoływać mogą duże zmiany w nerkach, w wątrobie i żołądku i embolje.

Wszystkie prawie te środki miałem sposobność stosować na klinice położniczej lwowskiej. Jakkolwiek w wielu przypadkach miałem wyniki korzystne, to jednak sądzę, że najprawdopodobniej były to przypadki zakażenia lekkiego. Przypadki bowiem ciężkiego zakażenia połogowego w czasie mego 5-cio letniego pobytu na klinice prawie wszystkie skończyły się śmiercią (9 przypadków śmierci na 12 *sepsis strepto- staphylokoki coli)*. Przypadek jeden dotyczył ciężkiej pyemji streptokokowej, leczonej Rivanolem i surowicą antistreptokokową, drugi zaś posocznicy, leczonej Argophlawiną i Argochromem, prócz roborancjów i podaży soli fizjologicznej, w którym to przypadku posiew krwi wykazał streptokoki hemolityczne. Nawet zachwalany ostatnio w piśmiennictwie sposób Linsera (1% sublimat 1 cm. + neosalwarsan) okazał się bezskuteczny. Ten ostatni z powodu możliwości embolji i uszkodzeń nerkowych stosowałem jedynie w przypadkach bardzo ciężkich.

Wyniki lecznicze były tem lepsze im prędzej zastosowano leczenie. Pierwsze dnie schorzenia są miarodajne, czego dowodem sero i chemotherapja, która stosowana przez Bumma zaraz w początkowych okresach zakażenia, w 85% przypadków przyczyniała się do zlokalizowania procesu, nawet wtedy, gdy już we krwi można było wykazać zarazki.

Sposób Bumma, polegający na wstrzykiwaniach domięśniowych surowicy antistreptokokowej Höchsta lub Behringa w ilości 50 cm i dożylnie Morgenrotha Riwanolu (roztworu 1:1000 w ilości 50—100 cm.) jako najwięcej trafiający nam do przekonania, był najczęściej przez nas stosowany. Często zastępywałem brak surowicy szczepionką Delbeta „propidonem“, którą podawałem co trzeci dzień, dożylne zaś wlewania riwanolu w procencie i ilości powyższej codziennie. Nie podaję szczegółów z historji chorób, by nie zapuszczać się w drobiazgi, ogólnie atoli rzecz biorąc, podkreślić jednak muszę dobre wyniki po zastosowaniu powyższego leczenia w początkowych dniach ogólnego zakażenia

Ważną rzeczą jest zwrócenie uwagi na miejscowe stosunki np. podaż preparatów sporyszowych celem skurczu macicy i odejścia skrzepów i nie zalegania odchodów: zmobilizowanie sił ochronnych ustroju przez doprowadzenie ciepła, kąpieli świetlnych, proteinoterapję i podaż alkoholu. Ten ostatni, na co zwrócił już uwagę przed szeregiem lat Runge, a obecnie doświadczalnie na pożywkach dowiódł H. Küstner, posiada w 1% roztworze zdolność wstrzymywania rozwoju bakteryj. Podaż więc w dostatecznej ilości alkoholu do 1% roztworu we krwi przy zakażeniach połogowych Küstner bardzo zaleca. Wpływu dodatniego w myśl jego wyników klinicznych nie da się zaprzeczyć. Należałoby jeszcze zwrócić uwagę na pewne okoliczności prognostyczne bardzo ważne.

Jerlow ze Sztokholmu na podstawie badań krwi w 85 przypadkach wyciąga następujące wnioski:

1) przy gorączce już w czasie porodu stwierdzona wysoka liczba (około 20.000) ciałek białych obojętnochłonnych świadczy o zaczynającem się zakażeniu.

2) przy t. zw. gorączce resorbcyjnej i w przypadkach *„sepsis“* nawet po kilkudniowym stanie bezgorączkowym — wobec istniejącej leukocytozy neutrofilnej powinny być powyższe przypadki w zakładzie zatrzymane.

3) obecność limfocytów jakoteż eozynochłonów świadczy o dobrem rokowaniu nawet wobec poważnych innych klinicznych objawów.

4) niedomoga aparatu lymfogennego stała a nie przemijająca prognostycznie niekorzystna.

5) zjawienie się lub zwiększenie ilości eozynochłonnych w okresie gorączki dowodzi o dobrem zejściu. Brak eozynochłonnych niekoniecznie ma być dowodem złej prognozy.

Badanie krwi według Arneta jest niezbędne, nie tylko dla leczenia w myśl doświadczeń Bocheńskiego, lecz i dla rokowania o dalszym przebiegu. Badanie krwi według Schillinga przeprowadzone na klinice lwowskiej przez Ziemilskiego — jest prostsze i pewniejsze co do rokowania. Według Jaschkego zachowanie napięcia *(tonus)* naczyniowego w obszarze *splanchnicus* i w związku z tem będącego ogólnego ciśnienia krwi jest prognostycznie bardzo ważne. Śmierć następuje z powodu porażenia naczyń w obszarze *splanchnicus*. Stopień i czas trwania zmniejszonego napięcia naczyniowego w obszarze *splanchnicus* będzie bardzo ważnym wskaźnikiem — a zachowanie się ciśnienia krwi i akcji serca jest tych zmian wyrazicielem.

Uważa on prognostycznie za niepewne przypadki:

1) jeżeli spadek ciśnienia krwi utrzymuje się przez dłuższy czas lub powraca mimo stosowania energicznych środków leczniczych. Wahania nieprawidłowe drugiego tonu nad aortą pozwalają nam to rozpoznać.

2) osłabienie drugiego tonu nad aortą jest znakiem słabnącej czynności serca (za wyjątkiem rekonwalescencji, który to objaw występuje i po zwalczeniu przez ustrój infekcji).

Bezwzględnie niekorzystna prognoza:

1) jeżeli do słabnącego drugiego tonu nad aortą dołącza się spadek ciśnienia krwi.

2) jeżeli od początku przy spadku ciśnienia krwi istnieje niedostateczna czynność serca (słaby drugi ton nad aortą).

Prócz digitalis i koffeiny zaleca przedewszystkiem adrenalinę i pituglandol, te ostatnie bowiem środki działają na naczynia w obszarze *splanchnicus* zwężająco. Wstrzykuje je domięśniowo w znacznej ilości w dawce dziennej od *6—12 cm³.!!*

Wobec niepewnych wyników leczniczych istniejącej już gorączki połogowej w formie zakażenia ogólnego i wysokiej tegoż śmiertelności (mniej więcej 6.5 do 7 przypadków śmierci na 1.000 porodów) wraz z postępem nauki o odporności i uodpornieniu rozwinął się wszechstronnie drugi dział postępowania w walce z gorączką połogową, postępowania zapobiegawczego.

Najważniejszemi czynnikami tego postępowania będą: racjonalne i mądre przeprowadzenie porodu, higjena w ciąży i uodpornienie ciężarnych.

Opierając się na znajomości fizjologicznego stanu flory narządu rodnego, jakoteż zewnętrznych okolic sromu, dokładne obmycie sromu środkami odkażającemi (roztworem sublimatu 1:1000) i to kilkakrotnie przy długotrwałych porodach będzie prostym i łatwym do przeprowadzenia sposobem zapobiegania zawleczeniu bakterji z okolic sromu i dolnego odcinka kanału rodnego do jamy macicznej. Ograniczenie do minimum badania wewnętrznego jakoteż nawet najdrobniejszych zabiegów wewnętrznych w celu uniknięcia doprowadzenia bakterji ze sromu i jego okolic, ewentualnie z rąk badającego *(Noninfektion:* czystość rąk z dala od ropy — względnie Tröpfcheninfektion z jamy ustnej). Badanie zewnętrzne często bardzo jest zupełnie wystarczające zwłaszcza gdy je uzupełnimy badaniem *per rectum.*

W 90% wszystkich porodów wystarczają Leopoldowi jego 4 zabiegi zewnętrzne służące do dokładnego określenia położenia. Zabieg Schwarzenbacha (wciśnięcie palców między kość ogonową, a *anus)* zorjentuje nas czy główka jest w miednicy. Wymienić jeszcze należy zabieg Piskacka i Sachsa.

Wysokość pierścienia skurczowego według Schatza i Untenbergera określić nam może rozwartość ujścia zewnętrznego. Badanie powyższym sposobem powinno się przeprowadzać w czasie bólów przy wypróżnionym pęcherzu moczowym. Położnym pozostawić badanie *per rectum.* O ile zachodzi konieczność badania wewnętrznego lub zabiegu należy wyjałowić dokładnie ręce metodą Führbringera lub Ahlfelda. Przestrzegając powyższych zasad osiągniemy śmiertelność na goroczkę połogową po samoistnych porodach wynosząca 0.18% z przyczyn infekcji endogennej. Inni autorowie nawet tej infekcji nie uznają — twierdząc, że wogóle „nietknięta rodząca“ na gorączkę połogową niezapada.

Wspomnieć należy jeszcze o zalecanym przez Otta dokładnem wymyciu pochwy u każdej rodzącej roztworem sublimatu 1:2000. Bezwzględnie każde uszkodzenie narządu rodnego, niedające się wprost uniknąć przy zabiegach, otwiera wrota infekcji, czego dowodzą statystyki chorobliwości i śmiertelności po porodach operacyjnych. Nieumiejętne postępowanie w trzecim okresie porodowym, wyciskanie bezpotrzebne łożyska wywołuje krwotoki i zaleganie skrzepów w macicy, co ułatwia przedostawanie się bakterji z pochwy do jamy macicy — a rozkład — gnicie ewentualnych resztek jaja płodowego i zalegających skrzepów czy odchodów zmienia charakter złośliwości bakterji *(saprophytarny* na parazytarny). Lód i preparaty sporyszowe (gynergen) będą tutaj na miejscu.

Niemniej ważną rolę w wywoływaniu gorączki połogowej odgrywa higjena w ciąży. Zabronienie stosunków płciowych w ostatnich tygodniach ciąży. Statystyki uczą, że u t. zw. domowych ciężarnych gorączka połogowa znacznie rzadziej występuje, a badania wykazały, że izolowanie ciężarnych — trzymanie zdala

od świata zewnętrznego wystarczały bez uciekania się do jakichkolwiek środków dezynfekcyjnych, do samooczyszczenia się pochwy, występowała korzystna zmiana we florze pochwy. W tym kierunku zalecane przez Schweitzera przepłukiwania pochwy 0.5% roztworem kwasu mlekowego, mają ułatwiać zwiększenie się ilości laseczek Döderleina — utrudniających rozwój patogennych bakterji. Te jednak zabiegi — powinne być wykonywane według ścisłych zasad aseptyki — po dokładnem zmyciu sromu.

Dwu lub trzytygodniowe przepłukiwania pochwy przed porodem według doświadczeń kliniki w Giossen zmieniają florę pochwy z trzeciego i czwartego stopnia czystości na drugi i pierwszy.

Dalszym etapem w zapobieganiu zakażeniu połogowemu było dążenie do podniesienia sił odpornych ustroju. Od 20 lat robiono próby zapobiegawczego uodpornienia biernego zapomocą surowic przeciw-gronkowcowych i przeciw-łańcuszkowcowych (Starzewski). Później wprowadzono uodpornienie czynne szczepionkami i różnemi szczepami łańcuszkowców w liczbie 6-ciu, później do 13-stu odmian według Lourosa, modyfikowanego z biegiem czasu przez Boeckla i Geensa, Bronha, Jöttena, Maroudisa, Rubeske i innych. Następnie wykonywano próby łączenia uodpornienia czynnego z uodpornieniem biernem.

Lauros wstrzykuje ciężarnym w 20 dni przed spodziewanym porodem 0,5 cm. szczepionki (250 miljonów streptokokków), w 10 dni później 1 cm. (500 miljonów streptokokków). Na 151 ciężarnych w ten sposób uodpornionych żadna nie zmarła ani poważnie nie zachorowała. Rodzącym wstrzykiwał bezpośrednio przed porodem 1 cm. szczepionki i 50 cm. surowicy Behringa (przeciwłańcuszkowcowej). Z 200 osób powyższych 1 zmarła na tyfus, a dwie zachorowały na lekką lokalną infekcję. Pozatem podaje, że na 2500 osób uodpornionych w klinice u żadnej nie przyszło do infekcji ogólnej. Maroudis z Aten podaje nadzwyczajne wyniki tego postępowania; u 2110 osób uodpornionych mimo badania przez uczennice i praktykantów nie zdarzył się żaden przypadek infekcji. U nieudpornionych zakażenie ogólne wynosiło 1%, a śmiertelność 0,8%. Louros poleca również wstrzykiwanie dożylne autowaccyny. Haertel stosując uodpronienie sposobem Lourosa, doszedł do wprost przeciwnych wyników. W 15%-tach częściej obserwował schorzenie choćby lokalne u osób szczepionych, niż u kontrolnych, tak że należy sobie to tłumaczyć zmniejszoną odpornością w stosunku do innych bakterji.

Może również nastąpić przedwczesny poród w fazie ujemnej reakcji szczepionkowej. Ostatnio w literaturze francuskiej na skutek doświadczeń Besredki spotykamy się coraz częściej z bardzo pomyślnemi wynikami uodporniania przez skórę w postaci kompresów napojonych przegrzaną buljonową hodowlą bakteryjną. W ginekologji i położnictwie znalazły one zastosowania w postaci tamponów pochwowych.

Firma Klave wyrabia te buljony szczepionkowe wielowartościowe gronkowców i paciorkowców. I we Lwowie rozpoczęliśmy doświadczenia w tym kierunku.

Prócz stosowania szczepionek w celu uodporniania są zwolennicy podawania w tym celu ciał zwiększających w ustroju leukocytozę.

Jak wiadomo istnieją dwa różne pojęcia w sprawie dotyczącej urządzeń ochronnych od zakażenia. Pierwsze to kierunek reprezentowany przez Behringa i Pfeiffera przypisujący sokom ustroju główną rolę w zwalczaniu zarazków, gdy tymczasem drugi kierunek z Miecznikowem na czele obarcza komórki organizmu zadaniem ochrony od zakażenia. Pośrednie stanowisko (Neufeld) przypisuje najwięcej zasług bakterjotropinom, mającym uczulać zarazki z grupy ziarniaków na oddziaływanie komórek. Poza zdolnością fagocytarną białych ciałek krwi wykryto tę samą zdolność komórek tkankowych, zdolność zwaną fagocytozą histiocytarną. Wspomnieć również należy o roli ochronnej śródbłonka *(reticuloendothelium*, Biehling, Issac, Oeller i Siegmund).

Zwolennicy fagocytozy rozpoczęli badania w tym kierunku, aby przez powiększenie zdolności fagocytarnej zwiększyć siły odporne organizmu, z drugiej zaś strony leczyć istniejące już zakażenie. W r. 1896 Hofbauer próbował zwiększyć ilość ciałek białych krwi przez podanie kwasu nukleinowego jako leczenie infekcji połogowej. Szereg badaczy wykonał doświadczenia na zwierzętach stosując śródotrzewnowo, dożylnie lub podskórnie roztwór fizjologiczny soli kuchennej, surowicę, tuberkulinę, roczyn kwasu nukleinowego, buljon, mocz ludzki oraz białka jak papajotynę, sperminę i alerynę (Czyżewicz).

Roztwór soli kuchennej i zobojętniony kwas nukleinowy okazały się zaufania godnemi, wykazując obok najpewniejszego działania, najmniej zaburzeń ubocznych. Renner w chirurgji, a Hannes w ginekologji, stosując kwas nukleinowy jako fagocytynę Richtera *in substantia* lub płynną fagocytynę Rosenberga, stwierdzili zmniejszenia śmiertelności pooperacyjnej. Wzmożenie odporności należy rozumieć jako podniesienie siły istniejących środków obronnych. Czyżewicz pierwszy wstrzykiwał nukleinian sodu w postaci fagocytyny Rosenberga w celu zapobiegania zakażeniu połogowemu. Leukocytoza wzrastała po podaniu tego środka u osób ciężarnych i rodzących o 48%

Na większym jeszcze materjale ostatnio robił doświadczenie Beck wstrzykując 1 cm. 5% roztworu nukleinianu sodu Spiessa, Mercka i Behriga u ciężarnych i rodzących. Z doświadczeń tych wynika, że leukocytoza wywołana zapobiegawczo w czasie porodu u osób niezakażonych, wywiera wyraźnie dodatni wpływ na przebieg połogów, w każdym przypadku niezakażonym obniża znacznie odsetki połogów gorączkowych. W przypadkach zakażonych środek powyższy zdaje się wywierać działanie wprost ujemne.

Jak z powyższego widzimy zdania i wyniki uodporniania przedporodowego w celu uniknięcia gorączki połogowej przez stosowania szczepionki i surowicy antistreptokokkowej, czy to osobno czy razem albo też przez podawanie preparatów białkowych mających za cel zwiększenie leukocytozy, są nieraz wprost sprzeczne. Nam osobiście więcej przemawia do przekonania stosowanie szczepionek, po podaniu których stwierdzamy również zwiększenie się ciałek białych prócz nieulegającego zdaje się zwątpieniu działania specyficznego.

Dotychczasowe badania w tym kierunku nie potrafiły stwarzać nam dogmatu ustalonego postępowania zapobiegawczego, a tem więcej postępowania leczniczego w gorączce połogowej — nigdy bowiem po osiągnięciu dobrych wyników leczniczych nie jesteśmy w stanie z całą stanowczością stwierdzić czy *„propter hoc ...... czy post hoc"*.

Nasze postępowanie zapobiegawcze w klinice położniczej lwowskiej streszczało się w ścisłej aseptyce, w dokładnem i to kilkakrotnem odkażaniu części rodnych zewnętrznych w czasie porodu, ograniczeniu badania wewnętrznego zastępowanego często badaniem *per rectum*. U t. zw. domowych ciężarnych stosowaliśmy przepłukiwania 0,5% roztworem kwasu mlekowego, a w razie obecności rzęsistka pochwowego *(trichomonas vagin.)* w wydzielinie pochwy leczenie sposobem Höhnego.

Po każdym porodzie operacyjnym lub badaniu kilkakrotnem na mieście — i w każdym przypadku wykazującym już podniesienie ciepłoty w czasie porodu stosowaliśmy injekcje dożylne 1% roztworu Riwanolu Morgenrotha, injekcje mleka względnie Propidonu i to bezpośrednio po porodzie. Wyniki nasze, porównując statystyki z lat poprzednich i czasów tego postępowania tak co do chorobliwości jakoteż i śmiertelności połogowej są zadowalniające.

Z PRAKTYKI.

Roman J. LESZCZYŃSKI. Poznań.

Insulina a witamina B.

Odkrycie insuliny nie tylko dało klinicystom do ręki poważny środek przeciw cukrzycy lecz także zajęło liczne rzesze farmakologów i fizjologów, którzy poczęli badać systematycznie działanie insuliny na poszczególne narządy. Oprócz kwestji działania insuliny na przemianę węglowodanową interesuje zwłaszcza farmakologów pytanie, jakie ciało to ma znaczenie dla układu nerwowego, wegetacyjnego. Zagadnienie to jest tem więcej interesujące, że insulinę uważamy za hormon, wydzielany przez trzustkę do krwi, podobnie jak adrenalinę za hormon nadnercza. Z badań O. Loewi'ego (1) wiemy, że u wielu diabetyków udaje się stwierdzić wzmożony tonus układu nerwowego sympatycznego, czego dowodem rozszerzenie źrenicy, występujące u tych osobników już pod wpływem wkroplenia adrenaliny do oka. Przyczyny sympatykotonii w tym wypadku należy szukać w osłabionej sprawności wysp Langerhansa trzustki, oddających mniejszą ilość insuliny do krwi. Już zatem na podstawie tego teoretycznego rozważania można było z góry uważać insulinę za ciało pod względem fizjologicznym przeciwne adrenalinie, a zatem za ciało poniekąd o własnościach jadu parasympatycznego pobudzającego (wagotonizującego).

Dokonane później doświadczenia różnych autorów wykazały istotnie, że insulina ma pewne własności jadów parasympatycznych. Insulina bowiem pobudza ruch robaczkowy kiszek (2), zwalnia czynność serca (3), zwęża źrenicę. Zwężenie źrenicy przemienia się jednak w rozszerzenie źrenicy w okresie hypoglykemji prawdopodobnie wskutek wydzielania się pod wpływem insuliny adrenaliny (4). Rzeczowe cechy insuliny są wprost przeciwne adrenalinie.

Wiadomo dalej, że adrenalina (podobnie jak inne ciała sympatyczne n. p. β tetrahydro-naftylamina) podnosi temperaturę ciała; natomiast w okresie hypoglykemji na tle zatrucia insuliną stwier-

dzamy obniżenie temperatury ciała (5). Adrenalina ma ponadto własności wywoływania hiperglykemji. Przez przeciwieństwo do adrenaliny, w związku z doświadczeniami O Loewi'ego na diabetykach, wypadnie uważać hypoglykemię za fakt towarzyszący pobudzeniu układu parasympatycznego. U diabetyka brak fizjologicznego bodźca, jakim jest dla układu parasympatycznego insulina, wywołuje zatem hyperglykemię, wskutek przewagi tonus układu sympatycznego.

Zupełnie odległa, zdawałoby się, dziedzina badań nad witaminami nasuwa pewne myśli co do stosunku cukrzycy wzgl. insuliny do witamin. Z badań Dollberga, Uhlmanna i Mori'ego (6) wynika, że witamina B, zawarta w łusce ryżu i drożdżach — której brak w pożywieniu wywołuje *polyneuritis gallinarum i beri-beri* — ma szereg własności jadu parasympatycznego. Sprowadza ona mianowicie zwężenie źrenicy, zahamowanie czynności serca i ślinotok (7). Mori twierdzi, że w witaminie B należy rozróżnić czynnik odżywczy i czynnik farmakologiczny, o charakterze parasympatycznym. Ogrzanie bowiem preparatu z witaminy B do 150° sprawia, że traci on swoją zwyczajną właściwość leczniczą w *polyneuritis gallinarum*. Natomiast czynnik farmakologiczny witaminy B, wskutek ogrzania, ulega nawet wzmocnieniu.

Badanie witamin schodzi tem samem na właściwą drogę badań farmakologicznych. Jest rzeczą charakterystyczną, że witamina B posiada, oprócz wymienionych własności, także w tym względzie podobną do insuliny cechę biologiczną, że brak jej w ustroju sprowadza hyperglykemię. Dotychczas stwierdzono to w amitaminozie, wywołanej u gołębi, jak to wynika z prac Lelesza i pani Randoin (8, 9). Możliwą jest zatem rzeczą, co wymaga jednak jeszcze badań, że witamina B obniży zawartość cukru we krwi diabetyka, zastępując poniekąd insulinę.

Pogląd ten uważam za tem prawdopodobniejszy, że w ostatnich czasach odkryto szereg substancyj o podobnych własnościach (gdy chodzi o hypoglykemię) do insuliny. Są to t. zw. glukokininy (9), zawarte w ekstraktach z ziela cebuli, drobnej darni, w liściach czernic (borówek), w ekstrakcie sałaty, w kulturach *Bacterium coli* i *Bacterium subtil.*, nadto w muszli *Mya arenaria*. Działanie glukokinin jest o tyle odmienne od insuliny, że najpierw sprowadzają one hyperglykemię, a dopiero po kilkunastu godzinach długotrwałą hypoglykemię.

Z powyższego porównania produktu ustroju zwierzęcego, insuliny i produktu roślinnego, witaminy B widzimy, że w obydwu tych ustrojach stwierdzić można obecność ciał o cechach biologicznych, w wysokim stopniu do siebie podobnych. Na tem tle uwypukla się szczególne znaczenie odpowiedniej diety w leczeniu cukrzycy.

Piśmiennictwo:

1) Loewi: Według Meyera-Gottlieba. Experim. Pharmakologie. 5. wyd. str. 179. — 2) Böden u. Wankell: Klin. Wochenschrift r. 1925. Nr. 38. str. 1823. — 3) Kogan: Wraczebnoje Dieło t. VI. Nr. 24—26. r. 1923, według Presse médicale 1924. Nr. 18. Analyses 39. — 4) Yukujiro Abe: Archiv f. experim. Pharmakologie u. Pathologie t. 103, Z. 1., str. 73. — 5) Rosenthal, Licht, Freund: Archiv f. experim. Pharmak. u. Pathologie t. 103, Z 1/2. str. 17. — 6) Mori: Archiv f. experim. Pharmak. u. Pathologie. t. 106 Z. 5/6. str. 320. — 7) Ibidem. — 8) Lelesz et Randoin: Extrait du Bulletin de la Societé de Chimie biologiques t. VIII. nr. 1. 1925. „Avitaminose" B, glycémie et réserves glycogéniques". — 9) Lelesz et Randoin: Comptes rendus de l'Acad. des Scienses t. 180, 1925, „Variations de la glycémie artérielle effective et proteidique par manque de facteur B.".

Dr. M. BLASSBERG i Dr. W. MANDEL. Kraków.

Przyczynek do działania insuliny w cukrzycy.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Izraelitów w Krakowie.
Prymarjusz: Dr. E. Stahr.

Od czasu odkrycia insuliny prawie wszyscy klinicyści zwrócili uwagę na jej wpływ i korzystne działanie nie tylko na stan cukru we krwi i cukromoczu, lecz także i na stan wydzielania ciał ketonowych. Sprawa, jak wiadomo, nader ważna, bo temu właśnie działaniu zawdzięcza się pomyślne wyniki, uzyskiwane w śpiączce cukrzycowej.

Badania autorów francuskich, a zwłaszcza Widala, Abramiego, Weilla i Laudata (Presse médicale 1924. Nr. 24) oraz równoczesne, a zupełnie niezależne od powyższych spostrzeżenia, poczynione w Krakowie przez Oszackiego (Polska Gazeta Lekarska 1924 Nr. 20 i 21.), dowodzą bardzo ważnego zjawiska, że pod wpływem insuliny zachodzi różnica w zachowaniu się krzywej ciał acetonowych w porównaniu z krzywą cukru, która to rozbieżność wskazywałaby na niezależność działania insuliny na mechanizm powstawania acetonemji od oddziaływania na glikemję, względnie dowodziłoby, że insulina działa wprost i bezpośrednio elektywnie na stan ciał acetonowych. Z prac powyżej przytoczonych autorów wynika, że insulina przynajmniej przez czas jakiś skierowuje swoje działanie wyłącznie na ciała acetonowe, nie wpływając zupełnie na stan cukromoczu, a z nakreślonych krzywych wynika szybszy spadek acetonu niż cukru.

Logicznym postulatem tych badań byłoby, że tam gdzie przez leczenie insuliną uzyskujemy zniknięcie cukromoczu i acetonurji, wprzód powinienby znikać aceton, a potem cukier. I tak też istotnie bywa w wielu przypadkach, w których przy leczeniu insuliną naprzód obserwowaliśmy ustępowanie acetonurji a potem cukromoczu. Lecz mieliśmy także na oddziele sposobność obserwować przypadki inne, co prawda rzadkie, lecz w których przy ustępowaniu cukromoczu i acetonurji pod wpływem insuliny, znikanie cukru wyprzedzało znikanie acetonu, lub pozostawała nawet acetonurja po całkowitem już ustąpieniu cukromoczu, albo też przy dłuższej obserwacji na przemian u jednego i tego samego chorego raz było widoczne silniejsze działanie insuliny na cukier, drugi raz na ciała ketonowe. Przytaczamy tylko jako przykłady krótkie wyciągi z historyj chorób:

1) Felicja G., lat 50, przyjęta na oddział 29. IX. 1926. Cukrzyca od lat 8-miu. Największa ilość cukru dochodziła do 7‰. Diety w domu nie przestrzegała zbyt ściśle.

Przy przyjęciu na oddział ilość cukru w pierwszych trzech dniach obserwacji wahała się między 6% a 1.8‰, a ilość dobowa moczu między 1000 a 1250 cm.³ Aceton stale ++. W tym stanie zastosowano insulinę angielską Branda w dawkach po 10—20 jednostek dziennie. W dwunastym dniu leczenia cukier znika, podczas gdy aceton utrzymuje się dalej.

2) Anna F. lat 56. Rozpoznanie: *Diabetes mellitus, Nephrosis, Phlegmona antibrachii dextri.* Przyjęta d. 16. X. 1925.

Ilość cukru waha się z dnia na dzień i dochodzi maksimum 3.6% przy ilości moczu dobowej wahającej od 400—3000 cm³. Z powodu powikłania z ropówką, w szpitalu operowaną, stosowano u niej bardzo często, atoli nie stale, w miarę potrzeby, od 15—30 jednostek insuliny Branda dziennie. Stosunek znikania cukru do insuliny bywał rozmaity. I tak: 22. X. było moczu na dobę 400 cm³, cukru 1.4% aceton ++ kwas aceto-octowy +. Zastrzyknięto insuliny 20 jednostek. Nazajutrz t. j. 23. X. dobowego moczu 500 cm³, cukru brak, aceton + kwasu aceto-octowego brak. A zatem silniejsze zadziałanie insuliny na cukier niż na ciała ketonowe. Po zastrzyknięciu 30 jednostek insuliny dn. 24. X. dobowa ilość moczu 600 cm³, cukru 1.4%, acetonu brak, kwasu aceto-octowego brak. A zatem dalsze działanie na ciała ketonowe, przy ponownem zjawieniu się cukru. W dwa tygodnie później t. j. 9. XI. ilość dobowa cukru 2.8% przy wybitnym acetonie, a po 28 jednostkach insuliny cukier nazajutrz znika przy utrzymującym się acetonie, natomiast gdy 10. XI. zaaplikowano znów 20 jednostek insuliny nazajutrz i w dniach następnych stwierdza się ponownie 1—1.4% cukru przy braku ciał ketonowych. U tej samej chorej 18. I. 1926 pod wpływem insuliny znika równocześnie czasowo cukier i aceton, a 22. I. sam cukier, pozostawiając aceton wykazalny.

3) Franciszka D. lat 47. przyjęta 26. VII 1926. z rozpoznaniem *Diabetes mellitus.*

U tej chorej stwierdzamy 11. VIII. 1926. po 20 jednostkach insuliny zniknięcie acetonu a pozostanie cukru (1%). Natomiast 13. VIII. po uprzednio zaaplikowanych 10 jednostkach insuliny zniknięcie poprzednio istniejącego śladu cukru (0.4%) przy utrzymaniu się śladu acetonu.

4) Fryderyka F. lat 48 przyjęta dnia 30. VII. 1926. Rozpoznanie: *Cholecystitis acuta in diabetica.*

W toku leczenia insuliną (10—20 jednostek dziennie) stwierdzamy 7. VIII. cukru 2%, acetonu brak, a 8. VIII. po 10 jednostkach insuliny cukru brak, a aceton znowu się pojawia, aby następnie przy dalszem leczeniu znowu zniknąć, przyczem diety nie zmieniano ani nie było zmiany w przebiegu choroby.

5) Berta G. lat 32. przyjęta na oddział 25. II. 1926. Rozpoznanie: *Mastitis acuta suppurativa in diabetica.*

Przyjęta z ilością cukru 5.8% i wybitną acetonurją. Pod wpływem insuliny (przeciętnie 60 jednostek dziennie) chora traci 2. III. cukromocz przy utrzymaniu się acetonu, przyczem zaznaczyć należy, że wykonano 1. III. u chorej nacięcie sutka i wypuszczono dużą ilość ropy.

Trudno w tych przypadkach myśleć o wpływie diety na to zjawisko, albowiem w tym okresie leczenia diety zasadniczo nic zmienialiśmy, a co najwyżej (w przypadku 1-szym) dodawaliśmy węglowodany w postaci bułek lub ziemniaków, co mogło było raczej przyspieszyć znikanie ciał acetonowych. Taksamo nie było

jakichś powikłań nowych na widnokręgu, któreby to utrzymywanie się acetonurji mimo stosowania insuliny wyjaśniały.

Opisane przez nas powyżej fakta, są spostrzeżeniami przypadkowemi u chorych cukrzycowych, leczonych na oddziele, lecz nie badanych specjalnie *ad hoc* w powyższym kierunku. Zjawsko to na pewno tu i ówdzie bywa napotykane, jeżeli się na nie zwróci uwagę. Dla krytycznej oceny jego i wyjaśnienia potrzebne są równoległe szczegółowe badania i nakreślanie krzywych stanu cukru we krwi i ciał ketonowych w moczu, jeszcze po ustąpieniu cukromoczu. Można bowiem przyjąć, że w przypadkach, analogicznych do powyższych, krzywa cukru w moczu nie idzie równolegle i w parze z krzywą cukru we krwi i że w takim razie zniknięcie cukromoczu przy pozostałej acetonurji dowodziłoby niejako zatrzymania się — czasowego, czy trwałego — cukrzycy na takim stanie, że już cukru w moczu niema, podczas gdy we krwi jest jeszcze stan przecukrzenia. W takich przypadkach należałoby ponadto przeprowadzać szczegółowe krzywe stanu parcia krwi, albowiem jest rzeczą wiadomą, że przecukrzenie bez cukromoczu zazwyczaj przebiega z wysokiem parciem krwi (H i j m a n s v a n d e n B e r g h), i to zwłaszcza u osobników, które już od dłuższego czasu chorują na cukrzycę, częściej u osobników starszych niż młodszych i u chorych z samoistnem wzmożeniem parcia krwi *(hypertonia essentialis)* lub z przewlekłem zapaleniem nerek. Oczywiście musi się też uwzględniać możliwość zachodzenia błędów w razie określania cukru i ciał ketonowych w ilości dobowej, zamiast oznaczania ich w każdej oddanej porcji moczu z osobna. Wszelako w naszych przypadkch stwierdziliśmy to zjawisko w dobowem jak w parcjalnem badaniu moczu. Przyjąć oczywiście należy, że o ile cukrzycy towarzyszą powikłania i gorączka, albo też o ile się dokonywa zabiegi chirurgiczne wywierają one wpływ na wahania acetonu, nie zawsze dające się uchwycić w swoim przebiegu.

Autorowie francuscy, powyżej przytoczeni, zwrócili uwagę, że ekskluzywne działanie insuliny na wydzielanie ciał acetonowych bez przeistaczania się cukromoczu zachodzi specjalnie u cukrzycowych z silnym cukromoczem, u których zastosowano zbyt małe dawki insuliny. Nasze spostrzeżenia wskazywałyby na to, że ta rozbieżność działania przejawia się w warunkach specjalnych, dotąd jeszcze ściśle nie ujętych i że dotąd nie jest ona jeszcze dobrze scharakteryzowaną w różnych okresach leczenia insuliną.

Dr. Stanisław LASKOWNICKI, asystent kliniki. Lwów.

W sprawie leczenia brodawczaków cewki i pęcherza moczowego zapomocą elektrokoagulacji.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. H. S c h r a m m.

Leczenie brodawczaków pęcherza moczowego i cewki zapomocą elektrokoagulacj zyskalo bardzo szerokie rozpowszechnienie i uznane zostało wszędzie za najlepszą metodę leczniczą, jaką dziś rozporządzamy w odniesieniu do tego schorzenia. Przekonano się bowiem wielokrotnie, że po otwarciu pęcherza i wycięciu brodawczaka występują często nawroty w krótki czas po operacji, spowodowane wszczepieniem cząstek brodawczaka w zranioną podczas zabiegu błonę śluzową pęcherza. Słuszność twierdzenia, że mamy do czynienia z przeszczepieniem brodawczaka udowadnia często spotykany po takich operacjach fakt nawrotu brodawczaka (pierwotnie usadowionego n. p. w okolicy jednego z ujść moczowodowych) w bliźnie powstałej po rozcięcu pęcherza na przedniej jego ścianie. oraz znana skłonność tej postaci nowotworu do nadzwyczaj łatwego rozsiewania się po błonie śluzowej przy najmniejszem choćby jej uszkodzeniu. Znane są przypadki, gdzie po usiłowanem wyskrobaniu ostrą łyżeczką brodawczaka usadowionego w tylnej cewcenastąpiło rozsianie się jego na błonie śluzowej cewki i pęcherza moczowego. Przypadek takiej *„polyposis“ (diffuse Papillomatose* — Niemców) powstałej po zabiegu wyżej wspomnianym opisuje Papin *) w swym podręczniku endoskopji operacyjnej, ilustrując go bardzo pouczającym rysunkiem.

Te właśnie fakty może najbardziej przechyliły szalę na korzyść operacyj wykonywanych we wzierniku sposobem bezkrwawym, jakim jest elketrokoagulacja, okazując wyraźnie przeciwnikom tej metody, że operacja krwawa *(sectio alta)* jest często jako zabieg doszczętny zupełnie iluzoryczną, albowiem związana jest bardzo często z powstaniem nawrotu schorzenia w krótkim czasie po operacji.

Ponieważ fakty te nie są jeszcze ogólnie znane i spotyka się jeszcze zwolenników wycinania brodawczaków, a zwłaszcza brodawczaków usadowionych w cewce moczowej kobiecej, postaram się krótko opisać przypadek spostrzegany, gdzie po operacji krwawej w cewce nastąpiło rozsianie się brodawczaka na błonie śluzowej cewki, szyjki pęcherzowej i pęcherza i gdzie z trudnością i po wielu zabiegach schorzenie to udało mi się w zupełności usunąć.

Brodawczaki cewki kobiecej są czasami nęcąco łatwe do wyjęcia, to też zdarza się, że padają ofiarą zapału operacyjnego ginekologów lub lekarzy chorób wenerycznych, którzy kuszą się o wycięcie brodawczaka za pomocą szczypczyków i nożyczek, lub też, co jest o wiele gorsze, usiłują usunąć go zapomocą ostrej łyżeczki. Następstwa takiego zabiegu, jak to się można przekonać z opisu spostrzeganego przezemnie przypadku, są czasem bardzo smutne i sprawiają, że lekarz mający później do czynienia z rozsianiem się schorzenia w najbardziej niekorzystnie dla leczenia nadających się, mało dostępnych miejscach, ma do pokonania podczas leczenia znaczne trudności.

Historja choroby leczonego przeze mnie przypadku przedstawia się następująco: Chora A. Z. lat 51 zgłasza się do mnie i podaje, że była leczona przed trzema miesiącami z powodu trudności w oddawaniu moczu. Trudności te były czasem tak znaczne, że chora zmuszoną była wzywać akuszerkę, która jej mocz cewnikiem odprowadzała. Leczenie polegało na operacji, podczas której wycięto jej polip usadowiony w cewce, poczem przez 3 miesiące oddawała mocz zupełnie dobrze i czuła się zdrową. Od dwu tygodni zauważyła chora, że ma znów trudności w oddawaniu moczu. Wkrótce dołączyły się bole i częste parcie na mocz, mocz stał się mętny, musiała go oddawać 5—6 razy w nocy — przed dwoma dniami znów zdarzyło się, że parę godzin zupełnie moczu nie mogła oddać i zmuszoną była przywołać akuszerkę, która jej mocz odprowadziła.

Badanie wykazuje cewkę o nieco wypadniętej błonie śluzowej, opadnięcie macicy z lekkiem wynicowaniem błony śluzowej pochwy *(prolapsus uteri et vaginae)*. Cewnik wchodzi do pęcherza z pewną trudnością, po silnem obniżeniu, a skierowaniu równoczesnem jego końca ku górze w kierunku spojenia łonowego, co sprawia wrażenie jakgdyby na tylnej ścianie cewki było ciało jakieś stawiające przeszkodę we wprowadzeniu cewnika do pęcherza.

Po opróżnieniu pęcherza zawierającego mocz mętny ze strzępami włóknika wykonana uretroskopja wykazuje w cewce na ścianie tylnej blisko szyjki pęcherza twór okrągły wielkości ziarna grochu, barwy ciemno czerwonawej, wpuklający się wyraźnie do światła cewki.

Po przepłukaniu i wypełnieniu pęcherza roztworem 3% kwasu borowego wykonana cystoskopja wykazuje rozlane zmiany zapalne śluzówki pęcherza. Trójkąt Lieutauda pokryty jest licznemi brodawczakami różnej wielkości, usadawionemi głównie w okolicy ujścia moczowodowego prawego, którego nie widać, gdyż jest ono przykryte brodawczakiem wielkości maliny, dość szeroko uszypułowanym. Błona śluzowa szyjki pęcherza na całej prawie przestrzeni pokryta jest brodawczakami, które przy cofaniu cystoskopu kładą się na optykę, przepuszczając mglisty obraz światła, pochodzącego od lampki cystoskopu i przechodzącego częściowo przez brodawczak, prześwietlając go.

Rozpoznanie: *Papilloma uretrae recidivans, papillomatosis colli vesicae et trigoni, praecipue regionis ostii ureterici dextri.*

Wobec tego, że chora była przedtem cystoskopowana i kolega badający ją kilka dni przed zabiegiem nie znalazł żadnych zmian w pęcherzu — przypuścić należy, że przy usunięciu polipa z cewki w sposób krwawy, przyczem nie obeszło się bez nieznacznych zresztą zranień błony śluzowej szyjki pęcherza, nastąpiło wszczepienie brodawczaka i rozsianie go wgłąb.

Przystąpiłem do leczenia, spalając zaraz na pierwszem posiedzeniu prądem o sile 350 mili-amperów brodawczak cewki, co mi się z pewnemi trudnościami w uretroskopie Louysa w zupełności udało. Chora była na suchej diecie przez 6 godzin przed operacją, by mocz nie napływał w czasie zabiegu z pęcherza do uretroskopu, małe zaś ilości moczu, wydzielanego przez chorą udało się z łatwością usunąć wacikami i przez zastosowanie aspiratora Demonchy'ego.

Dalsze leczenie polegało na elektrokoagulacji kolejnej brodawczaków usadowionych na błonie śluzowej trójkąta Lieutauda. co zajęło razem 12 posiedzeń; niektóre z nich były z musu krótkie, albowiem wypalanie brodawczaków (zwykle niebolesne) jest bardzo bolesnem, gdy brodawczaki są małe i sonda elektrokoagulacyjna znajduje się wciąż blisko zdrowej błony śluzowej, z drugiej strony trójkąt Lieutauda oraz okolica ujść moczowodowych jest najwrażliwszem miejscem w pęcherzu i zabiegi w tej okolicy są bardzo bolesne.

Kokainy zasadniczo nieużywam, wkraplania 3 i 5%-owej nowokainy nie wywoływały znieczulenia, znieczulenia krzyżowego,

*) Papin: Endoscopie operatoire. 1923. Maloine.

nadającego się doskonale w tym przypadku nie stosowałem, albowiem liczyłem się z tem, że trzeba będzie wykonać wiele zabiegów, by tak rozległe zmiany usunąć; do stosowania znieczulenia krzyżowego kilkakrotnie nie miałem ochoty albowiem ma ono w praktyce ambulatoryjnej swoje ujemne strony a mianowicie: 1) trzeba czekać czasem 30' do jego wystąpienia, 2) zdarzają się, chociaż bardzo rzadko omdlenia (prawdopodobnie wskutek nagłego podwyższenia parcia śródczaszkowego wstrzyknięciem nadoponowem 30—40 cm^3 płynu, za gwałtownie czasem wykonanem). Jednem słowem znieczulenie, które chętnie stosuję na klinice, wydawało mi się niewygodnem dla chorych przychodnich — to też szereg drobnych tych zabiegów wykonałem u chorej bez znieczulenia, pomimo tego bardzo często prawie bezboleśnie. Po usunięciu drobniejszych brodawczaków poddałem elektrokoagulacji brodawczak wielkości maliny, zasłaniający ujście prawe. Po tem, nieco dłużej trwającem posiedzeniu, wystąpiły u chorej w nocy silne bóle po prawej stronie brzucha o charakterze kolki; po zastosowaniu gorących okładów i wstrzyknięciu morfiny, bóle te do kilku godzin minęły bezpowrotnie. Przypuszczam, że bóle te były pochodzenia nerkowego, a wywołane zostały obrzękiem i zwężeniem przez to ujścia moczowodowego prawego z następowem rozdęciem miedniczki zalegającym moczem.

Na końcu przystąpiłem do najtrudniejszej części zadania — do usunięcia brodawczaków, otaczających wieńcem szyjkę pęcherza. Spaliłem je częściowo w uretroskopie Louysa, częściowo w uretroskopie irygacyjnym Mac Carthy'ego. O usunięciu ich za pomocą cystoskopu operacyjnego nie było mowy, a także wypalanie w uretroskopie Mac Carthy sprawiało znaczne trudności, albowiem przy cofaniu przyrządu ku cewce płyn irygujący wylewał się na zewnątrz a pole operacyjne zaciemniało się wskutek zbliżenia się ściany szyjki pęcherza do optyki.

Po usunięciu brodawczaków szyjki pęcherza okazało się, że na trójkącie Lieutauda poza *oedema bullosum*, spowodowałem elektrokoagulacją wykonaną w bliskiej okolicy, znów są brodawczaki. Zacząłem podejrzewać, że mam do czynienia z brodawczakiem złośliwym i miałem mało nadziei na zupełne wyleczenie chorej. Nie rozporządzałem wówczas kleszczykami do wycięcia skrawka z nowotworu i nie mogłem swych podejrzeń potwierdzić badaniem drobnowidowem. Starając się leczenie doprowadzić do końca usunąłem w paru posiedzeniach brodawczaki, pracując jednak wciąż z uczuciem, że mam do czynienia z rakiem pęcherza.

W rezultacie po 26 zabiegach wykonanych w przeciągu 3-ch miesięcy udało mi się chorą uleczyć. Chora mocz oddaje prawidłowo, cystoskopja wykonana w 4 miesiące po ostatniej elektrokoagulacji nie wykazuje nawrotu. Na błonie śluzowej pęcherza niema śladu po tylekrotnych zabiegach, jedynie błona śluzowa trójkąta Lieutauda i szyjki pęcherza jest blada i prawie nie zawiera naczyń, w prawidłowym stanie dość obficie w tej okolicy pęcherza występujących.

Historja choroby wyżej przytoczonego przypadku przedstawia w krótkości trudności leczenia rozsianej papillomatozy pęcherza i cewki, nie oddaje natomiast tej olbrzymiej dozy cierpliwości, w jaką w czasie tego leczenia musi się zaopatrzyć i chory i operator.

Przypadek ten publikuję jako ostrzeżenie dla tych nielicznych już wprawdzie zwolenników operowania brodawczaków pęcherza i cewki sposobem krwawym, podczas gdy dziś rozporządzamy tak doskonałą metodą, jaką jest elektrokoagulacja.

Rzecz prosta nie zawsze da się usunąć brodawczaka przy pomocy wziernika; nie udaje się nam to mianowicie wówczas, gdy brodawczak jest tak duży i kosmkowaty, że zasłania optykę. W przypadkach tych, gdzie operowanie przy pomocy cystoskopu jest niemożliwem, jest wskazanem usunięcie nowotworu po nadłonowem otwarciu pęcherza.

Zawsze jednak dążyć powinniśmy do usunięcia brodawczaka za pomocą elektrokoagulacji, która jest najlepszą metodą leczniczą w tych przypadkach. Nawet po otwarciu pęcherza bezpieczniej jest operować grubą sondą elektrokoagulacyjną, specjalnie do tego celu zbudowaną, niż nożem, po użyciu którego liczyć się trzeba zawsze z możliwością nawrotu.

Operowanie brodawczaków cewki metodą krwawą a zwłaszcza za pomocą ostrej łyżeczki, w czasach, gdzie rozporządzamy tak doskonałemi przyrządami, jak uretroskop Mac Carthy'ego, trzeba uważać za sposób leczenia przestarzały, często szkodliwy i niebezpieczny, którego należy w zupełności zaniechać.

Z DZIEJÓW NAUKI POLSKIEJ.

Dr. S. STERLING. Łódź.

Władysław Biegański w historji medycyny polskiej.

Przemówienie na uroczystej Akademji w dniu 17 września 1926 r. w Częstochowie.

Osobie i pismom Władysława Biegańskiego należy się w historji medycyny polskiej karta honorowa.

Biegański należał do tych indywidualności, których życie i praca wywierają wpływ głęboki zarówno na otoczenie bliskie, jak i na szeroki krąg zawodowców, w tym więc przypadku — lekarzy.

Taki wpływ wywierają zazwyczaj — z racji swego stanowiska — przewodnicy uniwersyteccy; w tem lepszem świetle przedstawia się nam postać Biegańskiego, jeśli wywierał ten wpływ jako uczony praktyk, pozostając przez całe życie lekarzem prowincjonalnym.

Wpływ Biegańskiego na lekarzy i na rozwój medycyny w Polsce szedł w dwu kierunkach.

Po pierwsze, jako przykład.

Lekarz młody improwizuje w zaniedbanym szpitaliku prowincjonalnym warsztat pracy naukowej-klinicznej i laboratoryjnej; tam prace naukowe samodzielnie tworzy i stamtąd ogłasza pisma, które stają się trwałym dorobkiem nauki; tam pogłębia gałąź medycyny wówczas — w początku lat ośmdziesiątych ubiegłego stulecia — mało zbadaną, neurologję.

Prace naukowe Biegańskiego obejmują bardzo wielką gamę zainteresowań naukowych. Przypomnę tylko ważniejsze tematy, jakie Biegański opracował: *hemiathetosis post hemiplegiam:* zboczenia mowy, porażenia arsenowe; naczynio-ruchowe oddziaływanie skóry, kazuistyka chorób układu nerwowego; odma piersiowa; zapalenie płuc; krwotoki kiszkowe; opukiwanie przestrzeni półksiężycowej Traubego; rozpoznawanie wysięków prawostronnych opłucnej; o sztucznej pokrzywce; o moczopędnem działaniu przetworów rtęciowych; o działaniu salolu; szereg prac o stwardnieniu tętnic; szereg prac z dziedziny etjologji i patogenezy chorób zakaźnych; prace o nerwicach urazowych; o biegunce pochodzenia nerwowego; o przykurczeniu Dupuytrena jako sprawie pochodzenia rdzeniowego; o porażeniu połowicznem postępującem nerwów mózgowych i t. d., i t. d.

Wiele z tych prac należało do zakresu kliniczno-doświadczalnego.

Taka praca wszechstronna intensywna, bo, nie licząc, podręczników, napisał z samej medycyny rozpraw sześćdziesiąt, nie mogła pozostać bez wpływu przedewszystkiem na najbliższe otoczenie, na kilkudziesięciu lekarzy Częstochowy i Zagłębia Dabrowieckiego. Pociąga też za sobą większe zamiłowanie do nauki; zachęca i ułatwia doskonalenie się, a przez emulację zmusza poniekąd do studjów, do sprostania, zarówno rówieśników, jak i kolegów starszych.

Potężniejszy jeszcze był wpływ pośredni tego przykładu, jaki dał Biegański ogółowi lekarzy pracujących zawodowo w podobnych warunkach, zdala od wielkich ośrodków wiedzy.

Przykład lekarza, który o własnych siłach tworzy ognisko twórczości naukowej; przykład lekarza, który w najskromniejszych warunkach znajduje materjał do badań ścisłych; przykład prowincjonalnego lekarza-praktyka, zyskującego swojemi pismami uznanie nie tylko najpoważniejszych uczonych polskich, ale, którego pisma są przekładane na języki obce i znajdują to samo uznanie; lekarza, którego pism uczy się młodzież studjująca poza granicami Polski — działa potężnie i staje się niezwykle czynnym bodźcem zachęty i otuchy dla kolegów, pracujących w podobnych warunkach, jak ich już znakomity kolega.

Biegański działa jednak nie tylko tym przykładem. Zwraca się z wezwaniem bezpośredniem do ogółu; ogłasza kilka niejako manifestów do szarej braci lekarskiej. Podaje w nich „uwagi o praktyce lekarskiej wśród ludu", mówi o „zadaniach towarzystw lekarskich prowincjonalnych", poucza o „pracy naukowej lekarzy prowincjonalnych", ogłasza „list otwarty do kolegów, którzy przyjęli udział w obchodzie jubileuszowym". We wszystkich tych pismach mamy szereg myśli i planów takiej pracy naukowej poświęconych, którą podjąć może lekarz, pracujący w warunkach, jakie Biegański znał z własnego doświadczenia.

Te manifesty obok przykładu, jaki dawał ich autor, natchnęły wiarą wielu, którym zdawało się, że skromne warunki ich bytowania odsuwają ich zupełnie od gościńca nauki i od samodzielnej pracy naukowej.

Atmosfera, jaką stworzył Biegański, a w której narodziło się lub wyjrzało z ukrycia niejedno pożyteczne poczynanie lekarskie, była jedyną chyba w dziejach medycyny w Polsce.

Powodzenie pracy Biegańskiego, wiara w słowa, które wzywały do pójścia jego śladem, ośmieliła wielu. W tej atmosferze zrodził się miesięcznik „Czasopismo Lekarskie“, które przez lat dziesięć było organem towarzystw lekarskich prowincjonalnych zaboru rosyjskiego; z tej też atmosfery powstały zjazdy lekarzy prowincjonalnych tego zaboru.

Obu tych poczynań Ojcem, jeśli nie realnym, to moralnym, był Biegański, oba też widziały w nim swego opiekuna, współtwórcę, współpracownika. On w piśmie był najchętniej czytany, a na zjeździe najchętniej słuchany. On był przez entuzjastyczną aklamację wybrany Prezesem Honorowym pierwszego Zjazdu lekarzy prowincjonalnych w Łodzi.

Roczniki „Czasopisma Lekarskiego“, sprawozdania z ówczesnych zebrań towarzystw lekarskich prowincjonalnych zawierają trwały ślad tego wzmożonego ruchu naukowego, jaki obudziły prace i pisma Władysława Biegańskiego; ruch ten w swej postaci pierwotnej zmalał był na lat szereg z powodu wojny rosyjsko-japońskiej, kiedy do służby wojskowej powołano wielką część lekarzy Królestwa; trwał jednak jeszcze długie lata w samopoczuciu i dążnościach lekarzy, czego dowody widzieliśmy na zjazdach lekarzy prowincjonalnych w latach 1912-ym i 1914-ym, w Łodzi i Lublinie.

* * *

Trwalszym i jeszcze potężniejszym był wpływ życia i pism Władysława Biegańskiego na poziom wykształcenia fachowego lekarzy Polski.

Na poziom wykształcenia mówię, a nie na ilość wiedzy.

Wykształcenie fachowe rozumiał Biegański nie jako sumę wiadomości w pamięci zmagazynowanych. Nie chodziło mu o zwiększenie liczby erudytów, którzy dążą do zebrania w pamięci conajwiększą ilość faktów i — często — conajświeższych, wczoraj zdobytych. Wykształcenie fachowe, jakiego siewcą był Biegański, stanowiło krytyczne opanowanie materjału faktycznego, stanowiło zdolność oceny spostrzeżonych przy łóżku chorego, czy w laboratorjum, faktów.

Pisma lekarskie Biegańskiego wywarły wpływ potężny na sposób ujmowania zadań lekarskich przez całe pokolenie lekarzy Polski.

Zrozumieć źródło tego wpływu, zrozumieć kształtowanie się stylu i układu myśli w pismach Biegańskiego, można, pamiętając o tem, że kształcił się On na medycynie niemieckiej, skład zaś umysłu, sposób ujmowania zagadnienia i sposób przedstawiania go słuchaczowi i czytelnikowi, czyli sposób wykładu miał francuski. To szczęśliwe skojarzenie współzawodnictwa ścisłości w spostrzeganiu z łatwością w określaniu spostrzeżonego, daje jego pismom wartość szczególną. Biegański łączy w swych pismach obfity materjał faktyczny z przejrzystością konstrukcyjną w układzie i użytkowaniu tego materjału. Tam zaś, gdzie nauka nie osiągnęła była jeszcze panowania nad szczegółami danego zagadnienia, tam talent intuicyjny i zdolność do syntezy nadawał wartość wykładowi naukowemu.

Zamiłowanie do nauczania zbudziło się w duszy Biegańskiego już od najwcześniejszych lat jego pracy lekarskiej. Uprawiał je od początku pobytu w Częstochowie, uprawiał w sali szpitalnej, w laboratorjum szpitalnem, w pogadankach z kolegami, uprawiał podczas narad koleżeńskich.

Cechy osobiste człowieka i myśliciela, cechy nad wyraz dodatnie, będą przypominane przez następnych mówców.

Przymioty człowieka i myśliciela kładły wybitne piętno na jego działalności pedagogicznej; one w stopniu wielkim przyczyniły się do tego, że Biegański stał się najukochańszym nauczycielem całego pokolenia lekarzy.

Do powodzenia i popularności pism Biegańskiego w wielkim stopniu przyczynił się talent przystępowania do zagadnień zawikłanych w sposób najprostszy. Biegański zagadnienia trudne ujmuje prosto, bo zawsze nad niem panuje zarówno wiedzą, jak głębokiem i wszechstronnem jego zrozumieniem. Jako pedagog przypomina człowieka umiejętnie niosącego ciężar — bez pozorów wysiłku, dzięki temu, że przez skoordynowanie pracy mięśni właściwie rozkłada ucisk, przez harmonję ruchów ukrywa wysiłek. Tak sobie uzmysławiałem tę rozkosz, jaką mi dawało słuchanie Biegańskiego, który w płynnym wykładzie nie zdradził ogromu przemyślenia, jakie poświęcił każdemu określeniu, każdemu zdaniu. Do najwyższej doskonałości swój talent wykładu doprowadził Biegański w swem dziele dwutomowem: Djagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych.

Pielęgnowanie teorji myśli lekarskiej nie było w Polsce zaniedbywane. Od Śniadeckiego po przez Chałubińskiego, Hoyera, Kramsztyka, Nussbauma trwało ono zawsze. Pisano jednak rozważania teoretyczne na tematy z tej dziedziny, zasilając conajwyżej treść przykładami z dziedziny biologji i medycyny. Biegański napisał swój podręcznik, stosując praktycznie w jego planie ogólnym i w jego rozdziałach oddzielnych, w całym wykładzie, te zasady, które był opracował jako Logikę medycyny, jako zasadę ogólnej metodologji nauk lekarskich.

Djagnostyka różniczkowa Biegańskiego jest dziełem lekarza o szerokim horyzoncie naukowym, zarówno ze względu na jego treść jakościową, jak i z powodu samej metody, jakiej autor przy swym wykładzie używa.

Biegański, jak nikt inny z internistów polskich, był przygotowany do opracowania takiego właśnie dzieła, ponieważ prócz niepospolitej wiedzy lekarskiej On właśnie miał głębokie przygotowanie z zakresu teorji myślenia i poznawania.

Jako metodę badania klinicznego podawali wówczas źli przewodnicy uniwersyteccy — schemat, martwy porządek badania, uczyli postępowania mechanicznego i stereotypowego. Dzieło Biegańskiego — jak wszystkie Jego pisma — uczyło nas o wiele więcej, aniżeli obejmowała suma zawartych w niem wiadomości faktycznych; uczyło ściśle i logicznie wnioskować, wlało życie, ducha w martwą metodę badania, jaką się wielu dotąd posługiwało.

Biegański na każdej stronicy swego dzieła stosuje metodę logicznego i ścisłego wnioskowania.

Poczytność, popularność Djagnostyki różniczkowej, fakt, że stała się ona niejako „swoją“ książką każdego lekarza, stąd pochodzi, że nie jest to zestawienie wiadomości nabytych i osobistego doświadczenia autora, ale jest dziełem przez autora stworzonem i jako taki twór żyjącem w przeciwieństwie do dzieł stanowiących jedynie zbiór wiadomości, świadectwo erudycji autora.

Takiemi mniej więcej słowami oceniłem dzieło Biegańskiego, pisząc o niem przed 25 laty, z okazji dwudziesto-pięciolecia pracy wielkiego kolegi.

Tak o niem sądzę i dziś, kiedy po upływie nowych lat 25 przeglądam te karty pełne piękna nauki i wysoko wzlatującej myśli.

Najtrwalszym dowodem, jak przyjął ówczesny świat lekarski dwutomowe dzieło Biegańskiego, jest fakt, że w ciągu lat 12-stu było ono wydane trzykrotnie, w latach: 1891-ym, 1896-ym i 1903-im. Zdarzenie to w dziejach podręcznika lekarskiego w Polsce jedyne, a istota tego bezprzykładnego powodzenia tkwi w prawdzie, która głosi, że *sprawdzianem wartości dzieła jest ilość myśli, którą ono budzi w czytelniku.*

Nie ilość gotowych wiadomości, zawartych w pismach Biegańskiego jest ich wartością; cenimy je za te myśli, które w nas budzi.

Tej wartości ocenić statystycznie niepodobna. Określa je uznanie i wdzięczność czytelnika. Nasz kult dla Biegańskiego jest tej wartości miarą najściślejszą.

* * *

Niepodobna w tem przygodnem przemówieniu dokonywać rozbioru poglądów, wygłaszanych w tak licznych rozprawach lekarskich Biegańskiego w podręcznikach jednym p. t.: „Choroby zakaźne“ i drugim — wspomnianym — „Djagnostyka różniczkowa“.

Na kilka tylko uwag sobie pozwolę, uwag, jakie dzisiaj nastręczają się czytelnikowi jego pism.

Biegański mógł nawiązać do tradycyj myśli naukowej polskiej, kiedy chodziło o prace z dziedziny filozofji nauk przyrodniczych i filozofji medycyny. Trudniej było z tradycją prac klinicznych. Było ich za mało. Wszakże w chwili rozgoryczenia napisał był w początku swej działalności te słowa; „Gdyby rozwarła się jakaś przepaść i pochłonęła wszystkie prace lekarzy polskich, czy nauka wszechświatowa straciłaby na tem“.... Odpowiedź na to pytanie nie wypadła zaszczytnie dla nauki polskiej.

To też Biegański, uwzględniając warunki trudne dla pracy twórczej laboratoryjnej i klinicznej, w jakich żyło pokolenie lekarzy Królestwa, szczególne zadanie naszych uczonych upatrywał w syntezowaniu materjału zebranego przez innych. Pracując zaś w tych trudnych warunkach i dorzucając nie jedno nowe spostrzeżenie samoistne i wynik niejednego doświadczenia do skarbnicy nauki, z tem większem prawem mógł zabrać się do pisania podręczników.

Pierwsze wydanie Djagnostyki różniczkowej zawierało wstęp z zakresu logiki; w następnych ten wstęp opuszczał, rozwinąwszy, jak mówiłem, jego treść w oddzielnej książce, o wartości której opowie inny mówca.

Z treści Djagnostyki chcę wskazać na kilka szczegółów, które się narzucają współczesnemu czytelnikowi — dla świeżości ich myśli. Wszakże pisane były w czasie, kiedy metody kliniczne nie znały jeszcze zmian rozpoznawczych cieczowych, więc metod serologji, ani zmian rozpoznawczych tkankowych, poznawanych obecnie przy pomocy przyrządu Roentgena.

W dziale o chorobach narządów oddechowych mamy ustęp o asymetrji w budowie i czynnościach szczytów płucnych i od tego, a nie od zmian chorobowych, zależnych różnic w wyniku badania tych okolic płuc. Mamy podkreślone ważne znaczenie różniczkowe zapalenia szczytowego opłucnej — więc sprawy, której wartość kliniczną dopiero o wiele później powszechnie uznano; mamy opis własnej metody wykrywania małych wysięków opłucnowych, więc sprawy, którą niekiedy przeoczyć może i przyrząd Roentgena; mamy podkreśloną wartość badania stopnia oporu ścian klatki piersiowej przy pomocy opukiwania palcem; mamy mistrzowski opis dychawicy sercowej, opis, który w zupełności odpowiada poglądom obecnym zbudowanym na nowych spostrzeżeniach i doświadczeniach; Biegański napad tłumaczy osłabieniem (nagłem?) czynności lewej komory serca i zastojem w małem krążeniu; mamy ujęcie obrazu dychawicy sercowej i jej odgraniczenie od dusznicy bolesnej w sposób przewyższający opis tego cierpienia w najnowszych podręcznikach patologji chorób serca.

W rozdziale chorób serca godne wyróżnienia są ustępy o różniczkowaniu szmerów zależnych od osierdzia i od wsierdzia; mamy dalej wskazówkę o wartości — w klinice chorób serca — opukiwania z tyłu, przestrzeni międzyłopatkowych; znajdujemy pogląd, że tętno niemiarowe może występować bez zmian organicznych w mięśniu sercowym — jako następstwo zaburzeń unerwienia i dlatego nie może ono mieć znaczenia decydującego przy ustalaniu rozpoznania — pogląd trafny, wypowiedziany przed wielu laty — gdy niektóre bardzo wzięte podręczniki europejskie jeszcze niedawno opisywały nadskurcze jako objaw zawsze zależny od zwyrodnienia lub zapalenia mięśnia sercowego; znajdujemy mające do dziś dnia wartość niezmniejszoną zasady odróżniania szmerów serca organicznych od czynnościowych; mamy pogląd o zależności niektórych przypadków dusznicy bolesnej od neurologji splotu barkowego, t. j. od tak dziś zwanej aortalgji.

W rozdziale, poświęconym chorobom narządów jamy brzusznej, mamy tablicę różniczkowania między wrzodem a rakiem żołądka, która może być przeniesiona do najnowszego podręcznika, uzupełniona chyba jedynie przez wyniki badania aparatem Roentgena; mamy różniczkowanie kliniczne żółtaczki t. zw. krwiopochodnej, zestawienie pierwszorzędnej do dziś dnia wartości dla lekarza, który niema możności badania krwi metodami nowszemi; mamy mistrzowską tablicę różniczkowania przekrwienia wątroby i jej stłuszczenia; mamy własną metodę określania lewego płatu wątroby; mamy doskonałe różniczkowanie krwiomoczu: mamy wypowiedziany pogląd o wartości badania nie stanu narządu, lecz jego czynności.

Wreszcie rozdział o chorobach nerwowych, zwłaszcza o chorobach układowych i ich różniczkowaniu. Rozdział o chorobach nerwowych jest właściwie pierwszą w Polsce monografją djagnostyki chorób nerwowych. Ze szczegółów zasługuje na podkreślenie, że Biegański już wówczas oceniał — w obrębie mózgowia — działanie ognisk na odległość i na tej podstawie wprowadzał do rozpoznawania moment uzupełniający i korygujący umiejscowienie ognisk chorobowych; wyprzedził tem teorję Monakowa o diaschisis. Stosując to do afazji, zbliża się do później ogłoszonej teorji Marie. Mamy w tym rozdziale mnóstwo trafnych spostrzeżeń tyczących się spraw zapalnych, spostrzeżeń, które pozwoliły autorowi na subtelne różniczkowanie w epoce przed stosowaniem nakłucia lędźwiowego. Rozdział o chorobach nerwowych jest oparty przedewszystkiem na własnych spostrzeżeniach i powołuje się na całą współczesną literaturę prac neurologicznych polskich.

* * *

Tu nasuwa się pytanie: czyżby ta niepospolita — przez swą treść i swój układ — praca wielkiego lekarza polskiego miała w latach niedalekich pójść w niepamięć? stać się podręcznikiem przestarzałym?

Djagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych Biegańskiego zestarzeć się nigdy nie powinna. Ten fakt stać się musi punktem honoru internisty polskiego. Jest to podręcznik lekarza-praktyka, ta „biblja" lekarza prowincjonalnego, i takim przez lat wiele pozostać powinien. Wzorem Europy Zachodniej należy podjąć wydania następne, uzupełnione, utrzymując z treści to, co ma wartość niezmienną, utrzymując w całości układ, ton i sposób przemawiania do czytelnika. Dopełnienia należy utrzymywać w tych granicach, które odpowiadały zamierzeniom wielkiego Autora; ma to dzieło pozostać wykładem i podręcznikiem przeznaczonym dla lekarza-praktyka, nie przeładowanem szczegółami; nowe wydanie zawierać też powinno w całości i przedmowę do pierwszego wydania.

Na ten pomnik wiecznie żywy zdobyć się musimy, my jego uczniowie.

Bo wszyscy uczniami tego niezapomnianego Mistrza się czujemy. Jego pisma i Jego przykład był dla całego młodszego pokolenia światłem przewodniem.

Biegański żyje nie tylko w swych dziełach, ale też w swych uczniach i naśladowcach w najszerszem tego wyrazu znaczeniu.

Roli takich przewodników nie mierzy się ilością ich prac. M e t o d a p r a c y — oto ta wartość idealna, często bodaj ważniejsza od wartości realnej, oto spuścizna po wielkim naszym Koledze.

W jednej ze swych rozpraw pisał ten Wielki Samouk: „Pamiętam, żem płakał ze zmartwienia i złości, robiąc kilka godzin z rzędu skrawki na małym ręcznym mikrotomie; skrawki wypadały za grube. To samo było z pierwszemi próbami liczenia krwinek, z barwieniem preparatów krwi i t. d.".

„Nieraz po powrocie ze wsi od chorego późnym wieczorem zasiadałem dopiero do książki, bo w dzień na to czasu nie było".

To nie przechwałki. To tylko uchylenie rąbka zasłony, pozwalające na wejrzenie, co się działo za kulisami pism i książek publikowanych.

Tytanem pracy w najmniej sprzyjających warunkach był Władysław Biegański, jednym z tych, którzy w każdym narodzie zająć muszą przodujące stanowisko. Tylko entuzjasta nauki, człowiek żelaznej woli i wielkiego umiłowania wybranego zawodu mógł tak pracować i zbierać tak piękne owoce swej twórczości.

Wielki Apostoł ideałów niestrudzony w pracy i nauczaniu jest Władysław Biegański jednym z najpiękniejszych typów, jakie wykazuje historia medycyny polskiej.

Napiszmy więc na sztandarze naszej nauki to tak proste i tak piękne hasło Biegańskiego:

Podstawą powodzenia lekarza musi być wiedza, zamiłowanie zawodu i wiara w posłannictwo naszej nauki.

Wcielaniem w życie tego hasła najpiękniej cześć będziemy pamięć naszego Wielkiego Kolegi!

OCENY.

Edmund L e l e s z: *O działaniu dopełniających czynników odżywczych (Witamin) w stanie prawidłowym ustroju i w przypadkach chorób.* Poznań 1926. Nakładem wydawnictwa: „Monografje Fizjologiczne". Czcionkami drukarni Uniwersytetu Poznańskiego.

„La nutrition est l'attribut essentiel de la vie: elle est la vie même", — zdanie znakomitego fizjologa francuskiego Cl. Bernarda coraz więcej zaczyna zdobywać argumentów na potwierdzenie swej słuszności. Lata ostatnie rzuciły zupełnie nowe światło na szereg zagadnień z dziedziny odżywiania ustrojów wyższych i to nie tylko w zakresie własności chemicznych pokarmów ale i ich wpływów fizjologicznych, znaczenia w patologji oraz w dziedzinie dynamiki. Dość wspomnieć, jako fakt do niedawna rewelacyjny, że i czynności pewnych gruczołów o t. zw. wydzielaniu wewnętrznem zależne są ściśle od zjawisk zachodzących w przewodzie pokarmowym. To laboratorjum pokarmowe oparte na doborze pokarmów i procesach przemian, jakim one podlegają, wysuwa się na czoło w swojem znaczeniu fizjologicznem i patologicznem. Stąd też wypływa znaczenie tego zagadnienia dla biologów, chemików, higjenistów a także i dla lekarzy-praktyków. A pokarm nezbędny to nie tylko ustalone racje węglowodanów, białka, tłuszczu, wody i soli mineralnych, lecz i nieznane dzisiaj bliżej, jeśli chodzi o ich własności chemiczne, t. zw. czynniki dopełniające, których brak daje się zauważyć jako różnorodne objawy chorobowe i które są nezbedne do podtrzymania życia.

Treścią książki E. L e l e s z a, wydanej jako pierwszy tom „Monografji Filozoficznych z zakresu biochemji i biofizyki im. Jędrzeja Śniadeckiego", pod redakcją Prof. Stanisława Bądzyńskiego i Stefana Dąbrowskiego, jest opis działania czynników odżywczych (Witamin) w stanie prawidłowym i w wypadkach chorób. Autor daje tam pogląd ogólny na istotę pokarmów i historję żywienia i przedstawia zmiany chorobowe powstające w razie braku „czynników dopełniających" — Vitamin, Mikryn, względnie życianów, w terminologji autora. Dalej opisuje Dr. Lelesz, w krótkich a wyczerpujących rysach, badania doświadczalne nad czynnikami dopełniającymi w pożywieniu, podkreślając przedewszystkiem dorobek amerykańskiej szkoły w poznaniu ich własności. W opisy, oparte na obszernej literaturze wszechświatowej wplata autor i własne badania w dziale zmian biochemicznych ustroju wywołanych brakiem czynnika B. Brak tego czynnika powoduje u gołębi hyperglikemję. U ptaków zaś żywionych pokarmem zawierającym witaminę B. stwierdził autor przemianę normalną. Rola więc dopełniającego czynnika B. wydaje się — według autora — analogiczną do działania insuliny. Źródłem substancji antydiabetycznej typu insuliny nie jest tylko układ wysepkowy trzustki lecz między innemi prawdo-

podobnie i czynnik B. Za ciekawem tem zestawieniem przemawiałby może i fakt antydiabetycznych własności wyciągów różnych narządów ustroju o czem wspominają nawet i sami odkrywcy insuliny.

Przechodzi dalej Dr. Lelesz problemy łączące się z tłumaczeniem różnych objawów awitaminoz u rozmaitych gatunków zwierząt oraz roztrząsa próby tłumaczenia mechanizmu działania tych substancji.

Dla lekarzy praktyków, poza treścią wyżej przytoczoną, istnieje jednak rozdział specjalny godzien szczególnej uwagi, a mianowicie zastosowanie praktyczne czynników dopełniających. Porusza tutaj Dr. Lelesz warunki karmienia osesków, wpływ karmienia na rozwój całego ustroju lub jego części, wadliwości zjawiające się z powodu niedoborowego żywienia matki, zwraca uwagę na wskazania w stanach patologicznych — wskazania oparte na podstawach nowoczesnej dietetyki.

Poznanie znaczenia „czynników dopełniających" w fizjologji i patologji wysuwa wartości terapeutyczne. „Vitaminoterapja" ma już znaczenie w ostrych stanach zakaźnych, w gruźlicy — może mieć w leczeniu nowotworów złośliwych, w klinice chirurgicznej lub psychjatrycznej. Może też ujawni się wyraźniej znaczenie czynników dopełniających w reprodukcji i w kierunku przedłużania życia. Niezaprzeczona jest już dzisiaj ich rola eugeniczna. Ligi chlebowe w Niemczech szerzą propagandę odpowiedniego przygotowania ziarna; nadmierny bowiem wymiał „niszczy siłę rasy niemieckiej niemniej niż alkohol i gruźlica". U nas natomast młyny odrzucają 35—37 procent otrąb t. j. $^1/_3$ części w ziarnie najcenniejszych składników.

Na tem zamyka się treść książki E. Lelesza zwięźle a wyczerpująco ujmującej zagadnienia żywienia z punktu widzenia roli dopełniających czynników odżywczych. Książka napisana jasno, z dużą znajomością literatury otwiera czytelnikowi szerokie horyzonty problemów tak niesłychanie aktualnych. Strona wydawnicza książki jest bez zarzutu, a szkice z natury i inne rysunki, świadczą o troskliwym doborze i wykonaniu części ilustracyjnej.

W. Koskowski (Lwów).

Wł. Szenajch: *Szpital im. Karola i Marji dla dzieci* — budowa, organizacja, działalność, pierwsze dziesięciolecie szpitala 1913—1923; 36 rysunków i fotografji, 47 tablic statystycznych; Warszawa 1926 *).

Dzieło powyższe, niezwykłe w literaturze lekarskiej wogóle, w polskiej — jest objawieniem tego, czem szpital być może i być winienn. Napisane z ogromnem umiłowaniem i znajomością przedmiotu, wydane starannie i pięknie, jest hołdem złożonym twórcom szpitala, ś. p. Rektorowi Drowi Med. Józefowi Brudzieńskiemu, organizatorowi i pierwszemu lekarzowi naczelnemu Szpitala, oraz Pannie Zofji Szlenkierównie, jego fundatorce. Ich wielkiej pracy i głębokiemu przemyśleniu we wszystkich, szczegółach zawdzięczać należy powstanie Instytucji Leczniczej, która z dumą uchodzić może za wzór do naśladowania.

Na treść książki składają się rozdziały następujące:

Akt fundacyjny. Opis szpitala — jego budowa, charakterystyka ogólna, opis poszczególnych pawilonów. Organizacja życia szpitalnego. Zarząd szpitala; przyjmowanie chorych, ich pobyt w Szpitalu, odwiedzanie przez rodziców, wypisywanie; organizacja pracy lekarskiej i pielęgniarskiej. Działalność Ambulatorjum. Działalność oddziałów Szpitalnych — przyjęcia, ruch chorych i dni szpitalne; zarządzenia wewnątrzszpitalne, działalność oddziału obserwacyjnego i walka z zakażeniami wewnątrzszpitalnemi; postacie chorobowe i zabiegi operacyjne, wyniki leczenia i śmiertelność szpitalna; działalność pracowni szpitalnych i prace lekarzy szpitalnych. Koszty utrzymania Szpitala. Personel Szpitala. Szpital jako środek propagandy.

Józef Brudziński, życiorys i charakterystyka działalności, wreszcie obszerne streszczenie całości w języku francuskim — oto treść książki. Jeżeli do tego dodamy kilkadziesiąt rysunków i fotografji, całe szeregi tablic i danych statystycznych, otrzymamy całość tak imponującą bogactwem treści i materjału, tak wszechstronnie i umiejętnie opracowaną, że czytamy tę książkę z podziwem i niesłabnącem zainteresowaniem od początku do końca.

Omówić bodaj w krótkości każdy z rozdziałów powyższych nie sposób, przekraczałoby to o wiele ramy oceny niniejszej. Niektóre rozdziały stanowią same w sobie kompletne monografje z zakresu szpitalnictwa dziecięcego, jak np. rozdział o organizacji życia szpitalnego, organizacja pracy lekarskiej, pielęgniarskiej, ambulatorjum szpitalne, zakażenia wewnątrzszpitalne i walka z niemi. Nie wyobrażam sobie lekarza myślącego, przywykłego do pracy szpitalnej, któregoby one mogły nie zainteresować ze względu na bogactwo myśli, doświadczenia szpitalnego i materjału rzeczowego, który tam znajdzie. A nie umiem sobie poprostu wyobrazić lekarza, któryby dzisiaj szpital prowadził lub tworzył, a nie był zmuszony szukać w tej książce porady i wskazań dla swych poczynań.

W interesie tak ubogiego szpitalnictwa naszego życzyćby sobie należało, aby książka kol. Szenajcha, dotarła do rąk tych wszystkich, od których los i rozwój szpitalnictwa w Polsce zależy, przedewszystkiem do rąk: lekarzy i działaczy społecznych, gmin i samorządów, a wtedy, być może, zrodzi się wspólny wysiłek, by nasze szpitale stały się wzorem dla innych narodów, zbawieniem dla chorych, a szkołą i źródłem propagandy higjeny socjalnej i pracy samarytańskiej dla szerokiego ogółu społeczeństwa.

T. Kopeć (Warszawa).

*) Do nabycia w Szpitalu im. Karola i Marji w Warszawie, ul. Leszno 136, cena 16 zł

S. Fleiszman: *„Nagłe i ostre schorzenia układu nerwowego — rozpoznanie i leczenie.* Berlin. Rosyjskie wydawnictwo „Wracz" r. 1926 str. 189; 41 rycin.

Nagłe a zarazem najczęściej ostre zasłabnięcia układu nerwowego stanowią zazwyczaj większą przeszkodę, o którą potykają się młodzi lekarze, zwłaszcza rozpoczynający praktykę lekarską. Ten wzgląd skłonił autora do wygłoszenia w Instytucie klinicznym w Kijowie szeregu wykładów z tej dziedziny, które ujęte zostały drukiem w niżej omawianej książce. Choroby przewlekłe w przeciwstawieniu do chorób ostrych posiadają te właściwości, że pozwalają na przeprowadzanie kilkakrotnych badań, które ostatecznie rozświetlają orjentację lekarza. Niestety tego rodzaju badania nie dadzą się zastosować do schorzeń ostrych, gdyż decyzję w tych przypadkach lekarz musi powziąć natychmiastowo. Przejrzyste i treściwie omawiane wykłady, ilustrowane licznemi rycinami tak anatomicznemi jakoteż klinicznemi czytają się niezwykle zajmująco, wplatane zaś fakta fizjologiczne i nowoczesne zdobycze z patologji układu nerwowego obok licznych metod badań, ożywiają niezmiernie konkretny opis kliniczny. Wiele miejsca autor poświęca sprawie leczenia, jakgdyby na dowód obalenia mylnego mniemania, utrzymującego sie jeszcze niekiedy dotychczas, jakoby terapja w przebiegu schorzeń nerwowych była przeważnie bezsilna. Liczne podane wskazania i przykłady wyleczenia niewątpliwie wpoić będą musiały w umysły młodszych lekarzy większą ufność w siły lecznicze neurologji zwłaszcza w przypadkach ściśle rozpoznawanych jednostek chorobowych. Na treść książki składa się 16 wykładów klinicznych. Cykl ich zapoczątkowują dwa wykłady o wylewach krwawych do mózgowia. W trzecim wykładzie autor omawia stany rozmiękania substancji mózgowej na tle zatoru i zakrzepu tętnic mózgowych. W kolejnym porządku F. wyłuszcza urazowe uszkodzenia mózgowia, stany komatyczne, zapalenia mózgu, zapalenia opon mózgu, ostre schorzenia rdzenia. W dziale nagłych schorzeń rdzeniowo-mózgowych omawia on ostre występowania porażeń obustronnych w przebiegu zapaleń kręgów, wreszcie zranienia i wszelakie uszkodzenia rdzenia oraz właściwości przejawów tych uszkodzeń. Dalej porażenia w następstwie złamań i zwichnięć kręgów. Krwawienia, zachodzące w substancji rdzenia. Choroba Kessonowa. Kontuzje jako skutki wybuchu większych pocisków. Wykład XII traktuje ostre schorzenia nerwowego układu obwodowego. Wykład XIII — stany zatrucia układu środkowego. Końcowe trzy wykłady omawiają napady hiperkinetyczne (padaczka, mocznica, tężce, tężyczka i t. d.), napady bolowe (nerwobóle, kryzy, rwa kulszowa, dusznica bolesna, migrena, chromanie przestankowe i t. d.), a wreszcie napady tak pochodzenia czynnościowego jakoteż zależne od gruczołów wewnętrznego wydzielania (bóle psychogenne, ihsterja, stany neurotyczne układu wegetatywnego oraz zależne od gruczołów wewnętrznego wydzielania, dychawica oskrzelowa).

Przytoczona treść wskazuje, że autor objął rzeczowo omal że nie całą neurologię, poświęcając główną uwagę jedynie ostrym i nagłym schorzeniom układu nerwowego.

W. Janusz.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy, Rok VII, Tom VIII, Nr. 7. z lipca 1926: M. Rosnowski: Kwasy żółciowe i ich znaczenie w ustroju. — M. Gąsiorowski: Ewakuacja rannych i chorych środkami żeglugi śródlądowej. — L. Karwacki i St. Naskręcki: Przypadek paciorkowcowego zapalenia otrzewnej bezobjawowego. — A. Niemyski: Przypadek choroby posurowiczej w przebiegu drętwicy karku. — L. Zembrzuski: Szczepenie ospy w dawnem

wojsku polskiem. — P. Kucharski: Współczesne poglądy na cukrzycę.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIII, Nr. 43, z 24 października 1926: A. Dłuski: Badanie pepsyny. — Inż. T. Ingwer: Syntezy preparatów farmaceutycznych. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIII, Nr. 44, z 31 października 1926: Prof. Aleksander Tschirch: *Pharmacopoea germanica* ed VI. 1926. — Inż. T. Ingwer: Syntezy preparatów farmaceutycznych. — Sprawy zawodowe.

Przegląd dentystyczny, Rok VI, Nr. 9. z września 1926: W. Bakierowski: Wpływ ciąży i karmienia na zęby. — St. Blikle: Próchnica zębów, a zniekształcenia nabyte, oraz klasyfikacja takowych (dokończenie).

Nowiny lekarskie, Rok XXXVIII, zeszyt 20, z 15 października 1926: F. Siedlecki: O znaczeniu badania przemiany spoczynkowej w chorobach tarczycy. — Miron Herman: O badaniu położnic per rectum in sub partu. — E. Krajewski: Adenopathia tracheo-bronchialis infantum.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, Rok I, zeszyt 6, z 1 listopada 1926: Dr. S. Ła-wicz: O organzację i ustrój kas chorych. — S. Klaczko: Dlaczego składka w kasach chorych wynosi 6½%. — K. Kautsky: (jun.). Stałe płace lekarzy w Kasach chorych. — St. Jaśkowiak: Czy zakładać apteki kasowe. — W. Seidl: Pokłosie zjazdowe.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Klinische Wochenschrift.

1926. Nr. 19.

Prof. Bürger (Kiel): *O znaczeniu ciśnienia śródpłucnego dla krążenia i dla mechanizmu zapadu.* (Dokończenie z Nru 18). Prócz przewlekłych spraw w narządzie oddechowym, które prowadzą do zaburzeń w sposób powolny, także wahania w ciśnieniu śródpłucnem, a zwłaszcza nagłe jego spotęgowanie się może wywołać zaburzenia w małem krążeniu, złe wypełnianie się lewej komory i zniknięcie tętna, a u osób dysponowanych zapad już po kilku sekundach. Ten stan występuje przy wysiłkach sportowych a B. spostrzegał go u zdrowych osobników przy próbach Walsalwy oraz sprawdził doświadczalnie na zwierzętach. Ten mechanizm tłumaczy nagłą śmierć u pływaków i nurków i podczas niektórych wysiłków sportowych.

Warburg Wind i Negelein (Berlin): *O przemianie materji guzów w ciele.* Komórki guzów otrzymują swą energię potrzebną do życia przez oddychanie, spalając ciała organiczne na kwas węglowy i wodę, oraz przez fermentację, rozkładając glukozę na kwas mlekowy. Badania autorów wykazują, w jaki sposób guzy w ciele są zaopatrywane w tlen i glukozę i dowodzą, że komórki guzów w żywem zwierzęciu mogą istnieć bez dowozu glukozy, natomiast brak tlenu i oddychania zabija je.

Prof. Aron (Wrocław): *O szkodliwościach pragnienia w wieku dziecięcym (Durstschaden).* Autor badał zaburzenia, które powstają u dzieci wskutek niedostatecznego dowozu wody, a zatem z pragnienia. Wchodzą tu w grę następujące objawy: utrata jędrności i pofałdowanie skóry, zapadnięcie brzucha, zapadnięcie ciemiączek, skąpy i wysycony mocz, skąpe ciemne stolce, silnie czerwony, ziarnisty, jakby wędzony język, silnie czerwona śluzówka jamy ustnej, chrypka *(vox cholerica).* Ponadto podniesienie ciepłoty, niepokój, odurzenie, utrata świadomości, wymioty, przyśpieszenie oddechu, zapad. Dowód dla rozpoznania stanowi skuteczność leczenia przez doprowadzanie wody drogą jamy ustnej, odbytnicy i podskórnie. Autor zauważył, że powtarzanie małych ilości płynów jest skuteczniejsze niż jednorazowe dostarczenie większej ilości.

Franck i Herzger (Lipsk): *Przyczynek do badania przemiany gazowej u człowieka.* Przeprowadzono szereg badań nad ilością zużytego tlenu na minutę i kilogram wagi. Badania te były przeprowadzone także po podawaniu naczczo 200 gramów mięsa, 100 gramów dekstrozy, 100 gramów tłuszczu oraz przy cukrzycy po 20 jednostkach iloglandolu i po 100 jednostkach insuliny Gansa, a u otyłych po leczeniu tyreoidyną.

Volkmann (Jena): *Serologiczna swoistość i djagnostyka guzów dróg rodnych u kobiet.* Rozpoznanie przy pomocy odczynu Abderhaldena udało się 187 razy w 200 surowicach przy guzach. Odczyn ten jest swoisty w poszczególnych rodzajach guzów. Stopień odbudowy nie dozwala na wnioski o rozległości sprawy. Stopień odczynu zależy od rozmiarów sprawy chorobowej, od zabiegów leczniczych, od zmiennej zdolności odczynowej ustroju i od stałego czynnika konstytucyjnego. Metoda interferometryczna jest dobrą pod względem kliniczno rozpoznawczym.

Scheminzky (Wiedeń): *Kilka uwag o przerywaczach przy urządzaniu Leduc'owskich prądów Meandra.*

Prof. Sarbó (Budapest): *O nakłuwaniu cystern (Ayer-Eskuchen).*

Mommsen (Frankfurt n. M.): *O wpływie koncentracji jonów wodorowych na barwienie obrazów krwi.*

Prof. Gubergritz (Kijów): *Przyczynek do kliniki zaburzeń sercowych jako skutku duru plamistego.* W kilka lat po przebytym durze plamistym, utrzymują się często bóle w okolicy serca. Z badań autora wynika, że bóle te należy odnieść częścią do zmian w początkowej części aorty i *periaortitis,* które często występują w przebiegu duru plamistego, częścią do zmian w szyjnych zwojach współczulnych, wynikłych z tego samego zakażenia. Spotykamy też u tych chorych rozszerzenie lewej komory sercowej, które jest pozostałością zwyrodnienia mięśnia sercowego oraz zwapnienia poczatkowej części aorty i innych części układu naczyniowego i które wywołuje pewne utrudnienie krążenia krwi.

Dr. Blassberg (Kraków).

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 32, 6 sierpnia 1926 r.

P. Schröder: *Żądza odszkodowania (Rentensucht)* i *moralna słabość umysłu (moral insanity).*

Kappis: *Organizacja i prowadzenie prawidłowe sali operacyjnej.* (D. c.).

Ernst Laqueur, P. C. Hart i S. E. de Jongh: *O żeńskim hormonie płciowym (menformonie), hormonie okresu ruji* (D. C.).

Albrecht Heyn: *O specyficznej czynności jajnika w ustroju kobiecym i widokach zastosowania organoterapeutycznego preparatów jajnika.* Znajdujące się oddawna w handlu wyciągi wodne jajników, jak glandole i peptony, są biologicznie nieczynne. Przy podawaniu należycie suszonych preparatów jajnika i jego części składowych możemy oczekiwać działania specyficznego, które jednak z powodu trudności dawkowania nie zawsze da się osiągnąć. Wyciągi lipoidowe jajników mają działanie specyficzne, lecz powodują one przy wstrzyknięciu martwicę, wobec czego nie mogą być zastosowane. Wyniki badań doby ostatniej uprawniają nas do nadziei, iż będziemy mogli leczyć skutecznie różne objawy niewydolności jajników przy pomocy najnowszych udoskonalonych istotnie specyficznych środków. Autor dodaje, iż podczas druku artykułu ukazały się również roztwory wodne hormonu jajnikowego, które mają działanie specyficzne.

F. Glaser: *Podstawy fizjologiczne leczenia śródżylnego wapniem.* Wstrzyknięcie śródżylne wapnia daje dobre wyniki przy całym szeregu stanów chorobowych, szczególnie wagotonicznych, jak dychawica oskrzelowa, shoc anafilaktyczny, tężyczka ujawniona, pokrzywka, zespół objawów naczynio-ruchowych przy uszkodzeniach salwarsanowych. Działanie owe możemy sobie wyobrazić w ten sposób, iż wprowadzony do ustroju wapień podrażnia system nerwowy współczulny. Wstrzyknięty wapień b. szybko przechodzi do tkanek, i w ten sposób usuwa stany podrażnienia wagotonicznego. Analogiczne skutki dają się osiągnąć przez stosowanie hipnozy. Aby wytłumaczyć sobie zjawisko suggestyjnego wędrowania jonów wapniowych ze krwi do tkanek, musimy wziąć pod uwagę, iż badania najnowsze czynią prawdopodobnem istnienie w śródmózgowiu ośrodka, regulującego ilość wapnia w surowicy krwi. Przy terapji suggestywnej wpływamy na życie uczuciowe, które wychodzi z ośrodków, systemu nerwowego roślinnego w śródmózgowiu, w pobliżu których przypuszczamy istnienie ośrodka dla regulacji wapnia w surowicy krwi. Zmiany ilości wapnia we krwi, występujące po uspokojeniu chorego suggestyjnem, są więc wyrazem zmian nastrojowych, powstających w śródmózgowiu.

Hans Reiter i Max Soldin: *Próby uodpornienia zapobiegawczego przeciwko błonicy drogą doustną.* Doustne uodpornienie mieszankami toksyno-antytoksynowemi błoniczemi, po uprzedniem przygotowaniu przewodu pokarmowego przez podawanie będźwianu sodu, daje dobre wyniki. Ponieważ sposób ten zapowiada zmniejszenie niebezpieczeństwa anafilaksji, zasługuje on na dalsze sprawdzanie.

Dr. A. Lidzki (Szarkowszczyzna).

Münchener Medizinische Wochenschrift.

Nr. 26. 1926.

Groth: *Przeciwwskazania do pierwszych i powtórnych szczepień ospowych.*

Mając na względzie możliwość zakażenia krostek szczepieniowych, lub wpływu ujemnego na stan zdrowia małowartościowe-

go ustroju dziecięcego, obarczonego tą lub ową skazą, autor uzależnia przeciwwskazanie do szczepień ospowych, względnie wskazania do ich odroczeń:

1°. od spraw chorobowych osobników, otaczających, a zwłaszcza pielęgnujących dziecko;

2°. od stanu zdrowia samego dziecka.

Quo ad I — odroczyć należy szczepienie, jeżeli osobniki, otaczające lub pielęgnujące dziecko, chorują na sprawy zakaźne, lub ropne (róża, płonica, błonica, ropnie, zanokcica, czyraczność, pryszczyca sącząca, liszajec zaraźliwy).

Quo ad II — do odroczenia szczepienia kwalifikują się dzieci:

1. ze sprawami chorobowemi ostremi w połączeniu z zaburzeniami odżywczemi, zapaleniem płuc, nerek, przewodu pokarmowego.

2. z konstytucjonalnemi zaburzeniami przemiany materji, do jakich zaliczyć należy:

a) Ciężką postać krzywicy (częstość owrzodzeń krostek szczepieniowych, wraz z ropnem zapaleniem okolicznych gruczołów). Odroczyć szczepienie do końca 1-go roku życia dziecka.

b) Skazę wysiękową. Wyzwolenie się objawów skazy wysiękowej *(intertrigo, blepharitis eczematosa, eczema faciei et capillitii)* najczęściej przypada na drugie półrocze życia dziecka — na czas dokonywującego się zazwyczaj szczepienia ospowego. Natomiast osutki pokrzywkowe, jako słabszy wyraz skazy wysiękowej *(lichen urticatus scrophulus* — bez oznak liszajcowatych, krostkowatych i pryszczykowatych) nie stanowią przeciwwskazania do szczepienia.

c) Skazę limfatyczną ze znacznem upośledzeniem odżywiania i wyczerpaniem sił dziecka.

d) Skazę kurczową — *spasmophilia*. (Możliwość wyzwolenia się drgawek pod wpływem gorączki poszczepieniowej. Odroczyć należy szczepienie do 3—4 roku życia).

3. Choroby skórne bez podłoża konstytucjonalnego: rybia skóra, łuszczyca, świerzb, wszawica w połączeniu z podrażnieniem zapalnem skóry, dalej rozległe rany zgorzelinowe, ropne zapalenie skóry i tkanki podskórnej (ropień, ropowica, czyraczność, zanokcica, liszajec zaraźliwy).

4. Następstwa po sprawach mózgowo-rdzeniowych (*post polioencephalitidem, poliomyelitidem)* stanowią względne tylko przeciwwskazanie z powodu kłopotliwego nieraz pielęgnowania takich dzieci.

5. Choroby chroniczne: kiła, gruźlica zamknięta przy stanie gorączkowym. Natomiast *adenopathia afebrilis* nie stanowi przeszkody do szczepienia.

6. Choroby oczne i uszne (prócz wzmiankowanej *blepharitis eczematosa, keratitis parenchymatosa et phlyctaenulosa, conjunctivitis phlyctaenulosa, otorrhoea).*

Zupełnie zaniechać należy szczepienia:

1. W ciężkiej postaci limfatycznej — *status lymphaticus,* (nagła nieraz śmierć pod wpływem małoznacznych przyczyn).

2. W zboczeniach ze strony składu krwi: (krwawiączka, niedokrwistość złośliwa).

3. W sprawie epileptycznej, jak i w skazie skurczowej, (łatwość wyzwalania się drgawek).

4. W niezrównoważonych wadach serca, znacznej dychawicy oskrzelowej.

5. W otwartej gruźlicy płuc, kości, stawów.

Puterman (Sosnowiec).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XI. Posiedzenie naukowe w dniu 9 kwietnia 1926 r.

Przewodniczący kol. W. Ziembicki, obecnych 106 członków.

1. Kol. Rudolf Arend wygłasza: *„Rhombencephalitis"*. Pierwotne, jednostronne sprawy zapalne opuszki i mostu stwierdzone sekcyjnie należą do rzadkości. Nasz przypadek dotyczy chłopca 19-to letniego, u którego sprawa chorobowa rozpoczęła się nagle wśród bólów i zawrotów głowy, zaburzeniami mowy i połykania śliny. Wśród podwyższonej ciepłoty przyszło do niepewności chodu, upadania ku stronie lewej. Chrypka, osłabienie ruchowe ręki prawej, czkawka, zawroty głowy i nudności dopełniły obrazu. Badanie przedmiotowe dało bogaty zespół zaburzeń nerwowych, które w czasie 9-cio dniowej obserwacji chorego na oddziale (od 8. X. do 16. X. 1925 r.) stopniowo narastały. Dla zwięzłości ujęliśmy *„st. nervosus"* w schemat, znacząc na sylwetce człowieka zab. czuciowe, odruchy skórne, ścięgniste, okostnowe, oczopląs, porażenia, upadanie, zbaczanie i t. d. w sposób prosty a zrozumiały. Na obraz składały się: porażenie połowicze skrzyżowane *(hemiplegia cruciata)* ręki prawej a nogi lewej, porażenie nerwów XII, XI, IX—X *(ambiguus,* mianowicie porażenie podniebienia, połykania i struny głosowej), VIII *(vestibularis),* VII (obwodowy), VI (ruchowy), wszystko po stronie lewej t. j. po stronie ogniska, zespół Hornera po tejże, oczopląs pionowy i poziomy ku lewej, upadanie, zataczanie się, zbaczanie ręki lewej — ku lewej, obniżenie napięcia mięśniowego i niezborność móżdżkowa po lewej, zab. czucia na twarzy, ręce, nodze, tułowiu po prawej o typie rozszczepionym. Pod koniec życia nieznaczne zab. czucia głębokiego po lewej, zab. naczynio-ruchowe i oddychanie Cheyne-Stokes'a a wkońcu bezdech przy utrzymanej akcji serca. Gdy lobelina dożylnie przywróciła oddechy zaledwie na kilka minut, a dalsze zastrzyki okazały się bezowocne, wprowadziliśmy nakłuciem karkowem 0,003 lobeliny do zbiornika móżdżkowo-rdzeniowego, przywracając oddechy na czas nie dłuższy jak 15 minut; sztuczne oddychanie pozostało bez rezultatu. Rozp. klin. brzmiało: *Rhombenceph. sin., Bronchopn. ambil.,* przyczem określaliśmy przed sekcją dokładnie wielkość i rozciągłość ogniska, jego granice, wyznaczyliśmy jądra i tory, które sprawa zajęła, a które zaoszczędziła (n. p. *radix spin. n. V.).* Sekcja a następnie badania histologiczne pokrywały się w zupełności z naszymi wywodami, co podkreślił kolega Dr. Janusz omawiając powyższy przypadek z punktu widzenia anatomo-patologa (patrz autoreferat kol. Janusza z posiedzenia X dnia 26. III. b. r.). Po przedstawieniu stanu przedmiotowego i badań dodatkowych (dno oczu bez zmian, odczyn Wasserm. we krwi i cieczy mózgo-rdzen. ujemny, hiperalbuminoza, pleocytoza 24/3, zwiększone ciśnienie cieczy mózgo-rdzen., krótka krzywa *lues cerebro-spinalis),* uzasadniliśmy rozpoznanie sprawy zapalnej z pośród całego szeregu innych. W szerszem omówieniu wykluczyliśmy krwotok, zator, zakrzep (tętnicy móżdżkowej dolnej tylnej, czy też dającej pokrewne obrazy artère de la fossete latérale du bulbe autorów francuskich), guzy, ropień, mnogie zap. nerwów opuszkowych, porażenie myasteniczne, rzekomo-opuszkowe, jamistość opuszki, a utwierdziliśmy przekonywująco rozpoznanie sprawy zapalnej. Nagłe wystąpienie sprawy chorobowej, rzecby można insultowe, mogłoby na pierwszy rzut oka osłabić rozpoznanie. Odpowiednia jednak kazuistyka wskazuje, choćby pięć na siedem przypadków Margulisa z Moskwy (rok 1924), że nagły początek sprawy zapalnej omawianych części mózgu należy do obrazu najczęstszego. Fakt ten dałby się wedle nas wytłumaczyć w sposób prosty przez przyjęcie, że sprawa toczyć się może przez czas jakiś nie dając dla chorego widocznych objawów; powstanie zakrzepu w świetle większego naczynia przez przeniesienie się sprawy na ścianę naczyniową odcina większy obręb mózgu od użyźnienia, sprowadza więc raptowne wypadnięcie czynności szeregu jąder i torów. Co się tyczy charakteru sprawy zapalnej, to wspomnieliśmy krótko o następowych, zatrzymując się dłużej nad pierwotnemi, z których sprawa odpowiadająca *poliomyelitis ant. ac.* osadzić się może w obrębie mostu (Oppenheim), opuszki (Medin, E. Müller), czy też w obu częściach i to nierzadko ściśle jednostronnie, zajmując obok istoty szarej ruchowej, również czuciową i istotę białą, jak to dla rdzenia pacierzowego wykazał był Wickmann. Z kolei rzeczy omówiliśmy dokładnie umiejscowienie ogniska w lewej części opuszki i mostu, wyznaczyliśmy wszystkie bieguny i krawędzie, czego skreślać tu nie będziemy, uczynił to bowiem kol. Dr. Janusz. Ognisko zaś domniemane pokrywa się w zupełności z faktycznem. Druga część prelekcji, to poddanie analizie każdego objawu chorobowego z osobna, jako wyniku zajęcia pewnych jąder i torów. Streszczenie tej części zajęłoby ramy za obszerne. Podamy tylko kilka punktów zasługujących na wzmiankę szczególną, czy to przez rzadkość występowania pewnych obrazów, czy też przez ważność dla spraw usadowionych w omawanej części mózgu.

1. Porażenie ruchowe skrzyżowane prawej ręki a lewej nogi *(hemiplegia cruciata).* Zagadnienie zachowania się włókien piramidowych przeznaczonych dla kończyny górnej i dolnej w skrzyżowaniu piramid zapoczątkował Strohmayer. Oto w roku 1900 badając mózg i rdzeń płodu, który obok innych bardzo licznych zaburzeń rozwojowych wykazywał znacznego stopnia niedorozwój przedramienia, dłoni i palców prawej kończyny, wykazał, iż po stronie lewej rdzenia przedłużonego, pęczek przyśrodkowy, a więc prędzej się krzyżujący, był w porównaniu ze stroną przeciwną dziwnie małych rozmiarów. Wynika z tego niedwuznacznie, że drogi dla ręki krzyżują się prędzej a więc leżeć muszą przyśrodkowo, dla nogi później, a więc leżą bocznie. Prawie jednocześnie (1901 r.) fakt ten znalazł potwierdzenie w przypadku sekcjonowanym Wallenberga (klinicznie opisany 1895 r.). A wkrótce (1902 r.) Babiński i Nageotte opisują przypadek *hemiplegie croisée* tegoż typu. E. Flatau w swej dokładnej pracy nad zachowaniem się dróg piramidowych (1906 r.) wykazał, że już w szypułce mózgu *(pedunculus cerebri)* drogi dla ręki biegną przyśrodkowo od dróg kończyny dolnej. Przy-

padek Maussa (pierwszy, rok 1908) wskazuje również na skrzyżowanie dróg piramidowych wedle tegoż typu.

Następne jednak opisy pozwoliły przyjąć inną koncepcję. Oto wedle Binga, Willigera, Oppenhema skrzyżowanie dla nogi przychodzi prędzej do skutku, a więc droga leży przyśrodkowo, dla ręki później, a więc leży bocznie. Musimy więc przyjąć, że rodzaj skrzyżowania piramid jest indywidualny. Oba sposoby mogą mieć miejsce u jednych pierwsze u innych drugie. Opisany przypadek wskazuje na skrzyżowanie typu drugiego. Ognisko nasze wkraczające w obręb skrzyżowania piramid zajmuje więc włókna dla ręki nieskrzyżowane i dla nogi już skrzyżowane. Względnie mały ubytek siły ruchowej wskazuje na częściowe tylko zajęcie tych dróg, żywsze odruchy w nodze po prawej, na bezpośrednie sąsiedztwo ogniska — pęczka nieskrzyżowanego dla nogi. Wkońcu rozwój niedowładów (wpierw ręka, później noga) wskazywaćby mógł na sposób posuwania się ogniska. W przypadku tym nie stwierdziliśmy objawu Babińskiego, fakt, wedle Oppenheima, bardzo częsty przy sprawach tej części mózgu.

2. Ciekawą jest rzeczą, że chorzy przy jednostronnem porażeniu przełyku podają, iż nie mogą połykać pokarmów prawą, czy też lewą stroną. I nasz chory podawał, że połyka tylko stroną prawą: podobnie jeden z chorych Wallenberga określał dobrze porażoną stronę. Chorzy pokarmów stałych nie mogą połykać zupełnie, miękkiemi pokarmami zachłystują się. Jeśli już jednostronne porażenie połykania sprowadza niebezpieczeństwo zachłystywania się, to zupełne porażenie sprowadza konieczność ciągłego żywienia zgłębnikiem.

Sprawa unerwienia aktu połykowego (odruchowego) zajmowała szereg autorów. Schröder v. d. Kolk usadawia je w oliwie dodatkowej, Kesteven i Möser w oliwie dolnej, v. Oordt, Reinhold i Wallenberg w jądrze dwuznacznem, *nucleus ambiguus*, a więc w brzusznem jądrze nerwu X, Bechterew w grzbietowem jądrze tegoż nerwu (i to w *nucl. visceromotor., sympath., alaris)*. Najwięcej zwolenników zyskał Wallenberg. Przypadki sekcyjne z wybiórczem porażeniem połykania, podniebienia, czy też krtani wskazują na następujący podział czynności jądra dwuznacznego. Przedstawmy sobie omawiane jądro podzielone na trzy odcinki: dogłowowy, środkowy i krzyżowy. Otóż w pierwszym z tych odcinków i to najbardziej przyśrodkowo leży unerwienie aktu połykowego, w środkowym i to w części przytykającej do odcinka trzeciego unerwienie podniebienia (Margulis), wreszcie w trzecim, bocznie, unerwienie krtani. Tutaj mają również brać początek włókna hamujące dla serca (Kosaka-Jagita). Przy zajęciu więc tegoż odcinka powinno było wystąpić przyśpieszenie akcji serca, czegośmy w przypadku naszym nie stwierdzili.

Jednostronne uszkodzenie jądra dwuznacznego może dać nam zupełne porażenie połykania przez zniszczenie ośrodka odruchowego tej samej strony i ośrodka koordynacyjnego strony przeciwnej, (v. Oordt). Z jądra bowiem dwuznacznego jednej strony biegną (nieliczne) wiązki przez szew *(raphe)* do przeciwległego pnia nerwu językowogardłowego-błędnego. I w naszym przypadku przyszło pod koniec życia do zupełnej niemożności połykania. W jednym z przypadków Margulisa (w drugim) przy jednostronnem usadowieniu ogniska, podobnie.

3. Zaburzenie czucia syringomyelicznego t. j. rozszczepionego ręki i tułowia po stronie prawej. Zachowanie się czucia zgadza się w przypadku naszym ze wszystkiemi podobnemi, za wyjątkiem czterech przypadków wspólnych Grosza i Pappenheima, gdzie zaburzenia te miały miejsce po stronie ogniska (rok 1921). Drogi przewodzące ból i ciepłotę (jak również część czucia dotyku), skrzyżowane jeszcze w obrębie rdzenia biegną jako *tractus spino-thalamicus* i *spinotectalis* do rdzenia przedłużonego, gdzie leżą w bocznej części wstęg przyśrodkowej *(lemniscus medialis)* a raczej w istocie siateczkowej *(formatio reticularis)* rozciągającej się bocznie od powyższej. Zdania prawie wszystkich autorów co do bliższego określenia tych dróg zgadzają się ze sobą. I tak Edinger, Boyce, Henneberg, Horsley-Thiele twierdzą, że część brzuszno-boczna istoty siateczkowej kryje omawiane drogi. Senator i Goldscheider osadzają ból i ciepłotę w części bocznej. Posuwając się w obrębie istoty siateczkowej od części przyśrodkowych ku bocznym spotkamy się najpierw z pęczkami dla bólu, później dla zimna, wkońcu dopiero dla ciepła. W przypadku naszym zajęcie tych dróg powinno być równomierne, jeśli nie dajc przewagi wypadnięcia jednego ze składników. Wedle wielu spostrzeżeń drogi wchodzące tu w grę biegną we wspólnem skupieniu osobno dla nogi, osobno dla ręki i to tak, że unerwienie ręki i tułowia leży przyśrodkowo, nogi bocznie, (w moście pole to zostaje okręcone o 90°: ręka grzbietowo, noga brzusznie). Ponieważ w przypadku naszym w pierwszym rzędzie zajęta została ręka i tułów do dwu palców poniżej pępka, później zaś dopiero do połowy uda, można zrekonstruować sposób posuwania się sprawy zapalnej, która posuwać się musiała od części przyśrodkowych ku częściom bocznym.

W odcinku szyjnym i w górnej części klatki piersiowej a to do drugiego żebra zab. czucia były bardzo nieznaczne. Zjawisko to spotykamy w całym szeregu opisanych przypadków, głównie tych, gdzie proces, jak i w naszym oszczędził części przyśrodkowe opuszki. Drogi bowiem bólu i ciepłoty czerpiące swe włókna z górnych odcinków szyjnych (Halsbrustregion) leżą najbardziej przyśrodkowo w obrębie istoty siateczkowej (Kutner, Kramer). Istnieje i druga przyczyna składająca się na to zjawisko. Oto wspomniane tory dla odcinka szyjnego i górnego piersiowego zachowują się odmiennie od wszystkich innych torów dla bólu i ciepłoty. Ciągną one bowiem (przynajmniej częściowo) przez kilka odcinków nieskrzyżowane, a rozpoczynają krzyżować się dopiero w najwyższym odcinku szyjnym, tak, że ze skrzyżowaniem tem spotykamy się często jeszcze na wysokości *decussatio piramidum* (Kutner, Kramer). Często więc znaleść można przy ogniskach jednostronnych, leżących blisko wstęgi przyśrodkowej, w obrębie szyi i górnej części klatki piersiowej, zmiany czucia bólu i ciepłoty wprawdzie lekkie, ale obustronne.

4. *Ophtalmoplegia sympathica (trias* Hornera, zespół Claude-Bernarda) po lewej. Na możliwość wystąpienia *trias* Hornera a to miozy, *enophtalmus* i ptozy sympatycznej przy sprawach w opuszce zwrócił uwagę Wallenberg, później Babiński. Jestto zespół bardzo częsty przy afekcjach opuszkowych. Drogi biegnące od centrum *cilio-spinale* (C. VIII.—D. I.) dogłowowo, przechodzą przez korzonek zstępujący n. V. do pęczka Burdacha (van Gehuchten, Wallenberg), stąd do opuszki, gdzie biegną w istocie siateczkowej. Wszyscy zgadzają się, że tutaj biegnie ta droga w części grzbietowej. Gdy jednak Marburg i Breuer doszukują się jej najbardziej przyśrodkowo, Wallenberg przesuwa ją nieco bocznie. Czy chodzi tu, jak chcą niektórzy nie tylko o drogę, lecz o ośrodek opuszkowy, tego dotychczas nie rozstrzygnięto. Ciekawą jest rzeczą, że niekiedy spotykamy miozę bez ptozy i bez *enopht.* lub też naodwrót (szczeg. przy ogniskach w moście). Te dane kliniczne upoważniają nas do przyjęcia, że w obrębie pęczka omawianego, nazwijmy go sympatycznym oka, istnieje segregacja włókien, które mogą być w ten sposób wybiórczo tangowane.

Co się tyczy dalszego przebiegu omawianej drogi, to przebiega ona cały rdzeń przedłużony, przechodzi przez most, poczem dąży do kory mózgowej. Skrzyżowanie przychodzi do skutku wedle jednych w dogłowowej części mostu, wedle innych przed mostem. W każdym razie przy ogniskach powyżej skrzyżowania *trias* Hornera spotykamy po przeciwnej stronie, poniżej skrzyżowania po tej samej stronie (Marburg, Breuer). (Autoreferat).

W dyskusji kol. Krzemicki przypomina, że przed laty podobny przypadek przedstawił w Tow. Lek., a następnie opisał w Przeglądzie lekarskim. Był to przypadek kliniczny, a nie sekcyjny. Następnie zwraca uwagę na rozszczepienie czucia, objaw niemal typowy dla tej lokalizacji. W pierwszej chwili badania podobnego przypadku ma się wrażenie zmiany syryngomyelicznej. Następnie uderza brak zmian czuciowych na twarzy. Prawie zawsze w tych przypadkach występuje *keratotosis*. Prognoza w przypadkach *rhomboencephalitis* b. często zupełnie dobra. Mówca zna przypadki tego schorzenia ze znacznemi zaburzeniami labiryntu, które skończyły się dobrze.

Poza tem przemawiał jeszcze kol. Fels.

2. Wobec spóźnionej pory wykład kol. Laskownickiego „O przetaczaniu krwi" nie odbył się.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, 10. b. m. o 8,15 wiecz. posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym. Prof. Ciechanowski, Doc. Zubrzycki: Pokaz preparatów z przypadków nabłoniaka kosmówkowego. Doc. Szymanowicz: „O wczesnem rozpoznawaniu okresu przedrzucawkowego".

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, 17. b. m. o 8,15 wiecz. posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym: Dr. Jerzy Jasieński asystent Klin. chirurg. U. J.: „O bakterjofagji (ziawisku Twort'a —d'Herelle'a) i jej zastosowaniu w chirurgji". — Dr. Wachtel (z Instytutu Curieterapii): „W sprawie leczenia radem raka trzonu macicy".

Redakcja otrzymała:

Société des nations: Organisation d'hygiène Serie de manuels de statistiques: Nr. 7. Les statistiques démographiques officielles de la République Portugaise.